

financiamiento del desarrollo

Costa Rica: modelos alternativos del primer nivel de atención en salud

Adolfo Rodríguez Herrera
Celeste Bustelo

Unidad de Estudios del Desarrollo
División de Desarrollo Económico

Santiago de Chile, mayo de 2008



SESENTA AÑOS CON AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



Este documento fue preparado por Adolfo Rodríguez Herrera, Consultor de la Unidad de Estudios del Desarrollo, División de Desarrollo Económico de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Celeste Bustelo, Economista argentina, en el marco de las actividades del proyecto “Assistance for the inclusion of the European “Nordic Model” in the debate on Reform of Social Protection Schemes in Latin America and the Caribbean”(SWE/05/001), ejecutado por CEPAL con el apoyo financiero de la Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA).

Los autores agradecen a los funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) que tuvieron la generosidad de compartir con ellos las innovadoras experiencias de atención en salud que se presentan a continuación, así como a todos aquellos trabajadores de la salud que desde sus diferentes trincheras se afanan por renovar los programas y la institucionalidad de la salud y por promover entre la población la responsabilidad y la participación. En anexo se presenta una lista de las personas entrevistadas.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN versión impresa 1564-4197 ISSN versión electrónica 1680-8819

ISBN: 978-92-1-323205-7

LC/L.2905-P

N° de venta: S.08.II.G.41

Copyright © Naciones Unidas, mayo de 2008. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	5
Introducción	7
I. El primer nivel de atención en Costa Rica	9
1. El modelo de atención integral de salud	10
2. La organización del primer nivel de atención	12
3. Desafíos del primer nivel de atención	14
II. Sistemas de consulta, interconsulta y referencia	19
1. Tipos de consulta	19
2. Estrategias para aumentar la resolutiveidad del primer nivel de atención	22
2.1 Extensión del horario de atención	23
2.2 La gestión de cupos en consulta externa	23
2.3 Servicios básicos de urgencias	24
2.4 La interconsulta	25
III. Medicina de empresa y medicina mixta	29
1. El programa de medicina de empresa	30
2. El programa de medicina mixta	35
IV. Atención integral de los neonatos en riesgo	39
1. Consulta de neurodesarrollo	40
2. Programa de reducción de morbi-mortalidad del neonato egresado	42
3. Otras acciones complementarias	43

V. Contratación de terceros para la prestación de servicios de salud	47
1. Aportes de los proveedores externos al sistema de salud	48
2. Producción del primer nivel de atención	48
3. Costos del primer nivel de atención	52
VI. Conclusiones	55
Bibliografía	57
Anexos	59
Anexo 1 La organización en redes de la CCSS	61
Anexo 2 Personas entrevistadas	64
Serie Financiamiento del desarrollo: números publicados	65

Índice de cuadros

CUADRO 1	PROGRAMAS DE PREVENCIÓN	11
CUADRO 2	UNIDADES DE SALUD EN LA RED DE LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL	14
CUADRO 3	CONSULTA EXTERNA Y DE URGENCIA	21
CUADRO 4	CASOS ATENDIDOS POR LOS SERVICIOS DE URGENCIA POR TIPO DE CLASIFICACIÓN	21
CUADRO 5	PATOLOGÍAS DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS	25
CUADRO 6	PROGRAMA MEDICINA DE EMPRESA ¹	31
CUADRO 7	MEDICAMENTOS DESPACHADOS Y EXÁMENES DE LABORATORIO	31
CUADRO 8	NÚMERO DE MÉDICOS SEGÚN SITUACIÓN LABORAL	36
CUADRO 9	MEDICAMENTOS DESPACHADOS Y EXÁMENES DE LABORATORIO	36
CUADRO 10	PACIENTES INGRESADOS A LA CONSULTA DE NEURODESARROLLO	41
CUADRO 11	PACIENTES DADOS DE ALTA DE LA CONSULTA DE NEURODESARROLLO	41
CUADRO 12	CANTIDAD DE VISITAS DOMICILIARIAS	43
CUADRO 13	CANTIDAD DE VALORACIONES CARDIOLÓGICAS	45
CUADRO 14	CANTIDAD DE EXÁMENES DE ULTRASONIDO	45
CUADRO 15	APORTES DE LOS PROVEEDORES EXTERNOS AL SISTEMA DE SALUD	48
CUADRO 16	DESEMPEÑO DE LA PRODUCCIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	52
CUADRO 17	COSTOS DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS, DE LA CONSULTA GENERAL Y DE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA	54

Índice de diagramas

DIAGRAMA 1	RED DEL HOSPITAL MÉXICO	61
DIAGRAMA 2	RED DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	62
DIAGRAMA 3	RED DEL HOSPITAL DR. CALDERÓN GUARDIA	63

Resumen

El sistema de salud de Costa Rica, organizado alrededor de los servicios públicos que gestiona la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), ha dado muestras de una gran capacidad de renovación. La reforma del primer nivel de atención ha permitido al país en los últimos 10 años mejorar aún más sus indicadores de salud y alcanzar niveles excepcionales en relación con su nivel de ingreso y el gasto en salud. Gran parte de esa reforma se gestó desde el interior de la CCSS, a partir de iniciativas de funcionarios que a menudo debieron luchar contra una cultura institucional que, como en otras instituciones públicas del continente, no es propicia para la innovación.

Este documento presenta algunas experiencias de innovación que, a pesar de su gran potencial para resolver debilidades estratégicas de la institución, no han sido sistematizadas ni evaluadas y tienen en común el hecho de mantenerse todavía en el margen. En todos los casos son programas del primer nivel de atención que podrían llegar a tener gran relevancia para el sistema de salud costarricense y cuyo análisis puede ser de interés para otros sistemas de salud.

Introducción

El sistema de salud de Costa Rica es uno de los más eficientes de la región, si se tienen en cuenta los altos indicadores de salud que presenta la población y el nivel de gasto per cápita, más bajo que el de países con indicadores de salud semejantes. Gran parte de estos logros encuentran su origen en la cobertura del primer nivel de atención, a la cual tienen acceso prácticamente todos los habitantes del país. Los programas del primer nivel de atención se han ido desarrollando en gran medida a partir de iniciativas particulares de equipos de profesionales o de centros de salud, que han terminado por generalizarse al conjunto de la institución. El denominado “modelo de atención integral”, que constituye el corazón de los éxitos alcanzados por el sistema de salud costarricense en los últimos 15 años, es un ejemplo de una iniciativa más o menos espontánea, aunque inspirada por la experiencia internacional, que se va configurando a partir de diversas experiencias aisladas y que termina por decantarse en una gran reforma institucional.

La innovación en los centros de salud –desde “la trinchera”– sigue siendo la principal fuente de renovación del sistema de salud costarricense: a lo largo de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) existen innumerables iniciativas que transforman los servicios y mejoran la resolutiveidad y la eficiencia de la atención. Sin embargo, a pesar de que ésta es una de sus principales fortalezas, la institución no ha creado los mecanismos para promover la innovación y facilitar su replicabilidad; por el contrario, el proceso a través del cual un programa o una acción innovadores se mantienen en el tiempo y se replican (esto es, se evalúan, sistematizan, difunden y adaptan) es tortuoso y a menudo no culmina, sino que muchas buenas iniciativas terminan perdiéndose en el camino.

La mayor parte de las innovaciones ni siquiera se conocen más allá de la unidad que las ha concebido y ejecutado, a pesar de que en ellas pueden encontrarse claves que contribuirían a enfrentar las principales amenazas que enfrenta el sistema de salud costarricense.

Este documento tiene el propósito de ilustrar con unos cuantos ejemplos la importancia que tendría para la renovación y desarrollo del sistema de salud la formulación de una política de innovación que promueva y facilite las innovaciones y su replicabilidad. Para ello se ha escogido un pequeño grupo de experiencias, la mayor parte de ellas relativamente marginales dentro de los programas de la institución. Ninguna de estas experiencias se encuentra sistematizada ni evaluada. Algunas de ellas podrían ser mejoradas con un mínimo esfuerzo; la simple divulgación de otras podría representar un aporte para unidades que enfrentan problemas parecidos. Cada una de las experiencias reseñadas permite resolver o atenuar de manera creativa diversas amenazas que enfrenta la institución. Sistematizadas, adaptadas y dotadas de recursos, podrían permitir ahorros y mejores resultados para el sistema de salud. Se presentan aquí con las limitaciones de información propias de su marginalidad, como un pequeño homenaje a las personas que las han concebido y sostenido a pesar de todas las dificultades que les opone la inercia institucional, y al mismo tiempo como una ilustración del tipo de ideas y acciones que podrían multiplicarse si la CCSS contara con una política de innovación.

El primer apartado hace una descripción del primer nivel de atención, tanto en lo que concierne al modelo de atención como a su organización, y resume sus principales desafíos. El segundo resume algunas estrategias implementadas o por implementar para aumentar el nivel de resolutiveidad del primer nivel de atención. El tercer apartado trata de dos programas que implican una alianza interesante entre el sector privado y la seguridad social, cuyo potencial no ha sido adecuadamente explotado: los programas de medicina de empresa y de medicina mixta. El cuarto apartado presenta un programa de seguimiento de los neonatos de alto riesgo, que ha permitido corregir desde el primer nivel de atención algunos de los factores de riesgo que ponían en peligro la vida de esos niños. El quinto apartado, finalmente, hace una evaluación de la experiencia de la CCSS en la contratación de proveedores externos de servicios del primer nivel de atención. Todos estos programas tienen en común el hecho de ser iniciativas marginales que a pesar de su gran potencial no han sido sistematizadas ni evaluadas por la institución.¹ En todos los casos son programas del primer nivel de atención que podrían llegar a tener gran relevancia para el sistema de salud costarricense y cuyo análisis puede ser de interés para otros sistemas de salud.

¹ La única excepción es la compra a proveedores privados de los servicios de primer nivel de atención, que fueron evaluados por primera vez en el transcurso de 2007 por exigencia de la Contraloría General de la República. Los autores de este documento tuvieron la oportunidad de participar activamente en dicha evaluación, algunos de cuyos resultados se presentan en el apartado correspondiente.

I. El primer nivel de atención en Costa Rica

El sistema de salud costarricense está organizado alrededor de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que se financia como un seguro de pago obligatorio para los trabajadores activos (asalariados e independientes) y los pensionados; el seguro cubre igualmente a todas las personas que viven bajo el nivel de pobreza, en cuyo caso el pago de la prima corre por cuenta del Estado. Con este seguro tienen acceso a las prestaciones el asegurado directo y sus familiares dependientes.² Las personas que no están aseguradas y que no viven bajo el nivel de pobreza tienen acceso a los servicios de salud pero deben pagar el costo de las prestaciones que reciben. Las prestaciones de salud son otorgadas principalmente por centros de salud pertenecientes a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), aunque para la atención primaria alrededor de un 12% de la población es atendida por entidades privadas sin fines de lucro contratadas con ese fin por la CCSS; por otra parte, en algunas empresas existen médicos de empresa (financiados por la empresa misma) que realizan atención primaria entre los trabajadores y sus familias y que pueden referir a los usuarios a los otros servicios de la CCSS (exámenes de diagnóstico, entrega de medicamentos, consulta especializada). El Ministerio de Salud tiene funciones de rectoría y regulación así como de vigilancia epidemiológica.

² El seguro de salud cubre al cónyuge y los padres (en caso de que sean dependientes) así como a los hijos menores de 18 años o menores de 25 años si están estudiando.

Esta conformación del sistema público de salud fue dándose en el curso de diversas oleadas de reforma: en los años cuarenta se constituyó la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), originalmente para brindar un seguro de enfermedad y maternidad a los trabajadores asalariados urbanos y que ha venido expandiendo su cobertura hasta hacerla obligatoria para todos los pensionados, los asalariados y los trabajadores independientes del país; en los años setenta fueron trasladados a la CCSS todos los hospitales públicos, hasta entonces administrados por las Juntas de Protección Social, financiadas por los ingresos generados por la lotería nacional; y en la primera mitad de los años noventa se realizó una ambiciosa reforma que tuvo tres componentes: (i) el traspaso de todos los servicios de atención primaria del Ministerio de Salud a la CCSS y la implementación de un nuevo modelo de atención integral en salud; (ii) la especialización del Ministerio de Salud en las funciones de rectoría; y (iii) la introducción tímida de algunos instrumentos tendientes a separar las funciones de financiamiento, compra de servicios y provisión de servicios.³

Este apartado describe brevemente el actual modelo de atención de primer nivel así como su organización y su gestión, y presenta de manera sucinta los principales desafíos que actualmente enfrenta.

1. El modelo de atención integral de salud

La oferta de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social se basa en el nuevo modelo de atención integral a las personas, formulado a inicios de la década pasada (CCSS-MS, 1993). Pretende garantizar a toda la población el derecho a la atención, bajo los principios de universalidad, unidad, obligatoriedad, solidaridad y equidad (CCSS, 2006). El modelo plantea además la necesidad de educar al individuo, la familia y la comunidad sobre su responsabilidad frente a la salud.

En la atención directa a las personas se ejecutan acciones de promoción, prevención, recuperación y mantenimiento de la salud, tendientes a intervenir los principales problemas de salud de la población, así como la atención a la morbilidad prevalente y emergente de la población. La oferta básica de servicios del primer nivel de atención está organizada por grupos etáreos; se estableció un protocolo general para las acciones preventivas correspondientes a cada grupo etáreo, cuyo cumplimiento se exige a todos los proveedores de servicios de primer nivel. Anualmente se realizan evaluaciones sobre el grado de cobertura alcanzado en cada uno de los programas para los diferentes grupos poblacionales adscritos a cada una de las Áreas de Salud del país, y para los principales de estos programas se evalúa por muestreo el cumplimiento de los protocolos de atención.

Las actividades que actualmente tienen más importancia dentro del primer nivel de atención son las consultas para atender morbilidad y los programas de prevención. El grado de cobertura de los diferentes programas depende de la disponibilidad de recursos en las diferentes Áreas de Salud; siempre se da prioridad en la asignación de recursos a la atención de los niños menores de un año y a las mujeres embarazadas. El cuadro siguiente contiene un detalle de los programas de prevención:

³ Para una descripción general de la reforma de salud en Costa Rica véase Rodríguez (2006).

CUADRO 1
PROGRAMAS DE PREVENCIÓN
(Octubre 2007)

Atención al Niño (0 a 9 años)	Atención al Adolescente (10 a 19 años)
Crecimiento y desarrollo <ul style="list-style-type: none"> ▪ Captación temprana del recién nacido ▪ Evaluación del estado nutricional ▪ Evaluación del Desarrollo ▪ Valoración del riesgo ▪ Tamizaje de anemia ▪ Vacunación ▪ Atención Odontológica ▪ Tamizaje visual y auditivo en escolares ▪ Profilaxis Antiparasitaria en escolares ▪ Educación vial 	Crecimiento y desarrollo <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoración del riesgo ▪ Vacunación ▪ Atención Odontológica ▪ Atención y orientación en anticoncepción ▪ Educación sexual ▪ Captación y seguimiento de grupos en riesgo ▪ Detección, tratamiento básico y referencia de problemas de salud mental ▪ Educación vial
Atención al Adulto (20 a 64 años)	Atención al Adulto Mayor (65 años y más)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención prenatal ▪ Atención post natal ▪ Atención y orientación en anticoncepción ▪ Dirección temprana y manejo oportuno de patología cervical ▪ Detección temprana y manejo oportuno de cáncer de mama ▪ Evaluación del estado nutricional ▪ Vacunación ▪ Identificación del riesgo cardiovascular ▪ Detección y seguimiento de enfermedades crónicas ▪ Identificación de personas con dislipidemia ▪ Atención Odontológica ▪ Detección, tratamiento básico y referencia de problemas de salud mental ▪ Atención y orientación en anticoncepción ▪ Detección temprana y manejo oportuno de ETS/SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación del estado nutricional ▪ Valoración del riesgo funcional y motor ▪ Detección y seguimiento de grupos de riesgo ▪ Identificación de riesgo cardiovascular ▪ Detección y seguimiento de enfermedades crónicas ▪ Identificación de personas con dislipidemia ▪ Atención Odontológica ▪ Detección temprana y manejo oportuno de patología cervical ▪ Detección temprana y manejo oportuno de cáncer de mama ▪ Detección, tratamiento básico y referencia de problemas de salud mental

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), "Conjunto de Servicios a Contratar a Proveedores Externos 2009", octubre 2007. Mimeografiado.

Aparte de los programas preventivos y de la atención de la morbilidad, hay actividades de promoción de la salud destinadas al conjunto de la población. Entre ellas se encuentran las siguientes:

- Promoción de estilos de vida saludables
- Educación para la salud
- Detección y abordaje de la Violencia Intrafamiliar y abuso sexual extra-familiar
- Protección al ambiente humano

- Participación social
- Comunicación en salud

2. La organización del primer nivel de atención

La prestación de servicios de salud de la CCSS se organiza en tres grandes redes⁴ que integran los servicios de primer, segundo y tercer niveles de atención (CCSS, 1993). Cada una de estas redes está encabezada por uno de los tres hospitales nacionales existentes, del cual dependen los hospitales regionales y los periféricos, las Clínicas Mayores, las Áreas de Salud y finalmente los EBAIS. Aparte de las redes se encuentran los Hospitales Especializados y el Centros Nacional de Rehabilitación, que dan atención a todo el país. La atención de tercer nivel (hospitalización) es brindada por el correspondiente hospital nacional, los hospitales regionales, los hospitales periféricos y los hospitales especializados; la atención de segundo nivel (consulta especializada) por todos los hospitales y las nueve “Clínicas Mayores” (denominadas “Áreas de Salud de segundo nivel” en los diagramas que se presentan como anexo); y la atención de primer nivel por las Áreas de Salud y los equipos de atención integral de salud (EBAIS), que pueden estar concentrados en la sede de área, tener su propia sede o rotar entre diversos puestos de visita periódica. En algunos casos las Áreas de Salud funcionan dentro de una Clínica Mayor, en cuyo caso el primer y el segundo nivel de atención están a cargo del mismo establecimiento.

La oferta de servicios de primer nivel de atención descrita en el apartado anterior se organiza geográficamente: el país se divide en Áreas de Salud, y cada Área de Salud en sectores de salud; en la medida de lo posible, esta división considera los límites de los distritos, los barrios y los segmentos censales. La atención de la población que reside en una determinada Área de Salud es responsabilidad del equipo de salud de esa área, conformado por los equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS) y el equipo de apoyo del Área de Salud.

Esta organización geográfica de la atención obedece a tres principios. Por un lado, el principio de continuidad en la atención: la CCSS pretende que cada persona y cada familia tenga asignado un médico de cabecera, que forme parte de un equipo de atención integral de salud, responsable de procurarle una atención integral y continua y de servirle de enlace con el resto de la red de servicios (CCSS, 2006). La adscripción de las personas y las familias a un equipo de salud (el responsable de atender el área geográfica donde residen) constituye una forma, aunque no la única, de avanzar en esa dirección. Por otro lado, el principio de que los factores de morbilidad se distribuyen principalmente en función de la edad, el género y el medio ambiente. Los dos primeros criterios de distribución de los factores de morbilidad se atienden a través de la organización de los programas de atención en grupos etáreos y de género, según se vio en el modelo de atención descrito en el parágrafo anterior; el tercer criterio se atiende circunscribiendo la población por su lugar de residencia: se supone que la población que habita en un determinado sector geográfico enfrenta condiciones ambientales homogéneas y está por ende expuesta a los mismos riesgos. Finalmente, el principio de que la población tiene más acceso a los centros de salud si estos se encuentran cerca de su residencia. Este principio, como se discutirá más adelante, no es válido para la población trabajadora cuyo centro de trabajo está lejos de su lugar de residencia.⁵

⁴ Se denomina “red de salud” a un conjunto de unidades de producción de servicios de salud, ubicadas cada una de ellas para atender una población concreta, articuladas entre sí pero con diferente capacidad de resolución de problemas de salud, con determinando grado de accesibilidad, eficacia y eficiencia. Más adelante se discuten algunas de las debilidades que en el caso de Costa Rica presenta la articulación de estas tres redes como tales. En un anexo se presenta un diagrama de cada una.

⁵ Esta solución de adscribir a la población a su lugar de residencia es muy válida para las personas que se desenvuelven en ese ambiente (niños y adultos no trabajadores, principalmente amas de casa y ancianos), pero no para aquellas que lo hacen en un ambiente diferente del de su residencia, como es el caso de muchos trabajadores que en su lugar de trabajo enfrentan los principales factores de morbilidad.

Las **Áreas de Salud** son las unidades técnico-administrativas mínimas de los servicios de salud. La meta de la institución es que cada Área de Salud abarque entre 30.000 y 60.000 personas; sin embargo, es una meta que aún no se ha alcanzado, y algunas Áreas de Salud tienen una población adscrita de hasta 110.000 personas. Cada Área de Salud tiene una sede donde se ubica la dirección de los servicios, así como el llamado equipo de apoyo. Este último está constituido por personal de farmacia, laboratorio, trabajo social, odontología y cirugía ambulatoria menor.

Los **Sectores de Salud** están constituidos por un segmento geográfico donde vive una población entre 3.500 y 4.500 habitantes (CCSS, 1993). Cada sector es atendido por un equipo básico de atención integral (EBAIS), que está conformado por cuatro personas: un médico general, una auxiliar de enfermería, un auxiliar de registros médicos (una especie de secretaria) y un técnico en atención integral de salud (ATAP). La meta de la institución es que el promedio de habitantes por EBAIS llegue a 4.000, meta que está lejos de ser alcanzada en el área metropolitana.

Cuando el médico del EBAIS define que la atención del usuario requiere consulta médica especializada, antes de ser referido a un nivel superior de resolución el usuario debe ser evaluado y clasificado por el médico coordinador ubicado en la sede del Área de Salud. La atención de un usuario en el segundo o tercer nivel de atención requiere que haya sido referido por el primer nivel de atención; la única forma de evadir esta disposición es a través de los servicios de urgencias, disponibles en las Clínicas Mayores y en los Hospitales. Sin embargo, en todos los casos la atención en el segundo y tercer nivel de atención se considera transitoria: una vez que el problema ha sido resuelto o estabilizado, la persona debe ser contra-referida al primer nivel de atención, con la información correspondiente, ya que este último es el responsable de mantener la continuidad de atención a la persona. Como se verá en el siguiente apartado, este sistema de referencias y contrarreferencias no siempre funciona así.

Recientemente la institución ha tomado la decisión de fortalecer el equipo de apoyo con un ginecobstetricia y un pediatra, para la reducción de la mortalidad maternoinfantil, un educador físico y un geriatra, de cara al acelerado proceso de transición demográfica, y un promotor de la salud y un psicólogo, frente a las patologías propias de la modernidad urbana y a la degradación de los hábitos de vida de la población. Este personal dedicará la mayor parte de su tiempo a labores de interconsulta más bien que a la consulta directa de usuarios, con el fin de aumentar la capacidad resolutoria de los equipos básicos de atención integral. Esto reorienta las funciones de los Equipos de Apoyo como resultado de experiencias recientes de la institución (CCSS, 2007a).

Al 30 de diciembre del 2006, el número y las funciones de estas unidades se presenta como sigue:

CUADRO 2
UNIDADES DE SALUD EN LA RED DE LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
(30 de diciembre de 2006)

Tipo de establecimiento de salud	Cantidad	
Puestos de visitas periódicas	885	Puesto al que llega periódicamente un equipo integral de salud a una localidad de población pequeña para prestar servicios de salud (puede ser en la iglesia, un salón comunal, otros)
EBAIS	919	Los equipos de atención integral de salud están conformados por un médico general, una auxiliar de enfermería, un auxiliar de registros médicos y un técnico en atención integral de salud. Atienden la población adscrita a un sector de salud, que oscila entre los 3.500 y los 7.000 habitantes. Puede haber varios EBAIS concentrados en una misma sede o desconcentrados, cuando se trata de zonas alejadas o de localidades muy populosas.
Áreas de salud	104	Equipo de dirección y apoyo a los EBAIS. Aparte del personal administrativo, el equipo de apoyo está conformado por personal de farmacia, laboratorio, trabajo social, odontología y cirugía ambulatoria menor. La sede de Área puede contar con varios EBAIS (concentrados) para proveer directamente la atención primaria. Nueve de estas Áreas de Salud, conocidas como "Clínicas Mayores", prestan igualmente servicios de segundo nivel de atención
Hospitales periféricos	13	
Hospitales regionales	7	
Hospitales especializados nacionales	6	Los Hospitales especializados son uno niños, dos geriátricos, dos psiquiátricos y uno de maternidad
Hospitales generales nacionales	3	Hospital Calderón Guardia, Hospital San Juan de Dios y Hospital México

Fuente: María de los Ángeles Benavides y Daisy Segura, "Inventario de sectores de EBAIS abiertos y funcionando en el ámbito nacional", Dirección de Planificación Institucional, Presidencia Ejecutiva, CCSS, 2007.

Estos centros de salud están organizados, según se dijo, en tres redes, cada una de las cuales está encabezada por uno de los hospitales nacionales. La red del Hospital México está compuesta por cuatro hospitales regionales, siete hospitales periféricos, 58 Áreas de Salud y 426 sectores de EBAIS abiertos y funcionando. La red del Hospital San Juan de Dios está constituida por un hospital regional, cuatro hospitales periféricos, 19 Áreas de Salud y 186 sectores de EBAIS abiertos y funcionando, y la del Hospital Dr. Calderón Guardia está conformada por dos hospitales regionales, dos hospitales periféricos, 27 Áreas de Salud y 307 sectores de equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS). Los hospitales especializados cubren las tres redes del sistema de seguridad social del país, cada uno en su campo. En el anexo se presenta un diagrama de las tres redes.

3. Desafíos del primer nivel de atención

La oferta de servicios de primer nivel de atención ha experimentado en Costa Rica una gran evolución en los últimos 15 años. El establecimiento de los programas de atención integral, con un componente creciente de promoción y un conjunto de programas preventivos organizados por grupo poblacional, así como la constitución de las Áreas de Salud y de los equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS), han representado un salto en la calidad y la cobertura de la atención que permitió al país alcanzar mejoras adicionales en sus diferentes indicadores de salud. No obstante, no puede decirse todavía que el nuevo modelo de atención se encuentre plenamente implementado, y

en todo caso su funcionamiento adolece de una serie de deficiencias cuya solución está pendiente. El principal síntoma de estas deficiencias del primer nivel de atención es el congestionamiento de los servicios de segundo nivel (consulta especializada) y de los servicios de urgencias de los hospitales nacionales y especializados, así como algunas deficiencias en el acceso de poblaciones específicas a los servicios de atención integral a la salud. A la base de estos fenómenos pueden encontrarse varias causas, pero en términos generales puede afirmarse que la mayor parte de ellas se relaciona con el hecho de que el sistema no termina de organizarse en red.⁶ Algunas de las causas del congestionamiento y de las dificultades de acceso de ciertos grupos poblacionales pueden clasificarse como sigue.

En primer lugar, la competencia por recursos en el área metropolitana entre la atención de primer nivel y la atención de segundo nivel. La implementación del nuevo modelo de atención integral a la salud comenzó en la zona rural y las cabeceras de provincia, donde el acceso a los servicios de salud era más limitado, y solo más tarde se empezó a implementar en el área metropolitana. Limitaciones de recursos humanos e infraestructura impidieron que el nuevo modelo de atención se pudiera implementar allí según lo planeado. Cuando la CCSS debió asumir los servicios de atención directa que hasta ese momento brindaba el Ministerio de Salud, las Clínicas Metropolitanas que en su origen fueron planeadas y diseñadas para atender morbilidad y brindar atención especializada, debieron asumir la atención integral a la salud de las personas, además de mantener los servicios de atención especializada. Sin embargo, varias de las Clínicas Metropolitanas, a pesar de haber tenido que desarrollar funciones propias de un Área de Salud, no recibieron el contingente de equipos básicos de atención integral que les permitieran extender sus funciones efectivas hacia la atención integral de salud. Las Clínicas Carlos Durán, Moreno Cañas y Solón Núñez se supone que deberían funcionar como Áreas de Salud para las poblaciones de Zapote-Catedral, Mata Redonda-Hospital y Hatillo, respectivamente; sin embargo, tienen una planta física que no les ha permitido completar la apertura del primer nivel de atención, con lo cual alrededor de 160.000 personas (los habitantes de esas áreas) tienen un acceso limitado al modelo de atención integral de salud: hay muy pocos médicos generales para la población (muy por encima de los 4.500 que propone la norma) y adicionalmente esos médicos no están respaldados por el resto de los integrantes de los EBAIS (en particular hacen faltan enfermeras y personal administrativo). Por la falta de personal, el primer nivel de atención en esas zonas no se encuentra plenamente “empoderado” de su población; esto con el agravante de que se trata de una población muy exigente pero al mismo tiempo poco colaboradora, que padece del individualismo y el desinterés por la participación ciudadana propios del mundo urbano.

Además hay 26 sectores (ubicados en Grecia, Moravia y Heredia Cubujuquí) que no cuentan con EBAIS. Esto hace que los servicios de segundo nivel de esas Clínicas estén altamente congestionados, pues compiten en el uso del espacio y de los recursos humanos y materiales con la atención de primer nivel, lo cual tiene como efecto un congestionamiento de los servicios de segundo nivel y de los servicios de urgencias de los hospitales nacionales y especializados, a los cuales las personas acuden ante la incapacidad de las clínicas de resolver sus necesidades de primer y segundo nivel de atención.

La CCSS ha continuado avanzando en la implementación de su nuevo modelo de atención, lo cual terminará haciendo que se resuelvan esas deficiencias. En concreto, se está delimitando más claramente los diferentes niveles de atención, de manera que las sedes de Área salgan de las Clínicas Mayores y estas últimas pasen a conformar un casco metropolitano de establecimientos de salud altamente resolutivos, concentrados en la consulta especializada y en intervenciones ambulatorias referidas por el primer nivel de atención. De esta forma las Clínicas Mayores

⁶ La organización en red de los servicios de salud consiste en una división de funciones entre los diferentes tipos de establecimientos de salud en razón del nivel de complejidad de los servicios que brindan y en su articulación a través de un sistema de referencias y contrarreferencias que establece con claridad la responsabilidad de cada unidad de atención y de cada profesional en la procuración de las diferentes acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

soportarían la demanda que genera el primer nivel y resolvería gran parte de la demanda desarticulada y espontánea que tienen actualmente los hospitales nacionales y especializados. Para ello, sin embargo, habría que dotar de más recursos al primer nivel de atención en la zona metropolitana, con el fin de que el modelo complete allí su implementación, que se encuentra bastante más avanzada en las zonas rurales y semirurales. Para terminar de implementar el modelo de atención en la zona metropolitana habría que constituir tres Áreas de Salud y crear un total de 55 EBAIS (29 para las Áreas de Salud que aún no se han constituido y 26 para los sectores que aún no cuentan con EBAIS).

En segundo lugar, el bajo nivel de resolución del primer nivel de atención. La existencia de este problema se ilustra en el segundo apartado de este documento, que trata sobre las estrategias para aumentar la resolutivez. Algunas Áreas de Salud tienen estrategias específicas para elevar la resolutivez de los médicos generales que encabezan los EBAIS, así como de los médicos especialistas que componen el equipo de apoyo de las sedes de área. Entre esas estrategias figuran los programas de interconsulta entre especialistas y médicos generales así como los programas de actualización de los médicos especialistas a través de pasantías y guardias en los hospitales nacionales y especializados. Sin embargo dichas estrategias no son sistemáticas ni se encuentran generalizadas, con lo cual los médicos generales y los especialistas de las áreas podrían alcanzar grados más altos de resolutivez. A esta debilidad se suma la deficiencia de equipos en las Áreas de Salud para realizar estudios de gabinete (ultrasonidos y rayos X), en virtud de lo cual de las Áreas de Salud se mantienen un exceso de dependencia en los servicios de segundo nivel de los hospitales nacionales y especializados. Como consecuencia de ambas circunstancias, muchas referencias que reciben los médicos especialistas de los servicios de consulta externa de estos hospitales así como de las Clínicas de segundo nivel no se justifican, pues podrían ser resueltos en los EBAIS y en las Áreas de Salud.

La CCSS ha tomado la decisión, como se dijo en el apartado anterior, de fortalecer el equipo de apoyo de las Áreas de Salud con especialistas adicionales que dedicarán parte de su tiempo a la interconsulta, que constituye la principal estrategia para el fortalecimiento de la capacidad resolutivez de los médicos del primer nivel de atención. En un capítulo posterior se discuten algunas experiencias exitosas en materia de interconsulta, que deben ser tenidas en cuenta al generalizar esta práctica al conjunto de la institución. Esta estrategia debe ser complementada con una revisión de los servicios de apoyo en diagnóstico (de laboratorio y de gabinete), sin los cuales el primer nivel de atención seguirá siendo altamente dependiente de los niveles segundo y tercero.

En tercer lugar, la inexistencia de un claro sistema de referencias y contrarreferencias. Las debilidades en la capacidad resolutivez del primer nivel de atención se ven agravadas por la ausencia de un sistema de referencias y contrarreferencias que imponga claramente límites a las referencias en aquellos casos que no se justifica. Ningún usuario debería tener acceso a los servicios especializados de segundo nivel si no va referido por un médico general del primer nivel de atención; y los médicos generales no deberían referir pacientes a menos que lo hayan decidido en conjunto con el coordinador de su Área de Salud y con el médico especialista que corresponda. A pesar de los esfuerzos por mejorar el sistema de referencias y contrarreferencias, una parte significativa de las referencias no se justifican y contribuyen al abarrotamiento de los servicios especializados, con un elevado costo tanto para el sistema de salud como para el usuario.

La solución de las deficiencias en esta materia pasa por un esfuerzo en materia de sistemas de información que permita desde los niveles superiores de complejidad analizar el diagnóstico de los casos referidos y emprender acciones concretas con aquellas Áreas de Salud que están refiriendo casos que no se justifican. En un apartado posterior se discute un caso ilustrativo al respecto.

En cuarto lugar, el congestionamiento de los servicios de urgencias de los hospitales, por su parte, tiene un origen adicional en el horario de las Áreas de Salud y de los EBAIS, que no se adecua a las necesidades de la población trabajadora. En efecto, los horarios de atención usuales del

primer nivel son de 8am a 4pm, y para obtener una cita en la mayor parte de las unidades la persona debe al presentarse para solicitarla hacer fila en la madrugada. Esto hace que las personas que no consiguen cita (porque los cupos de la consulta ordinaria del día estaban cubiertos) o que sufren repentinamente un trastorno agudo de su salud cuando no hay cupos o los EBAIS están cerrados, terminen asistiendo a los servicios de urgencias de los hospitales nacionales y especializados sin que necesariamente el padecimiento lo amerite. Esto satura las consultas de urgencias con casos que podrían ser resueltos en una consulta normal con un médico general; pero además, en la medida en que la consulta de urgencias se limita a intervenir la morbilidad, la práctica de ir a urgencias impide que la consulta de la persona sirva como un medio de captarla para la atención integral, con lo cual queda fuera de la cobertura de los programas preventivos.

Una de las alternativas que se ha discutido es extender los horarios de las sedes de EBAIS, de manera que haya dos turnos diarios de EBAIS. Esto permitiría aumentar el número de EBAIS en la zona metropolitana a un menor costo, pues se reduce la inversión en equipamiento e infraestructura. Al mismo tiempo se reducen las consultas en los servicios de urgencias, una gran parte de las cuales origina según se dijo en las restricciones en los horarios de atención de los EBAIS.

En quinto lugar, un problema se presenta con la población trabajadora, que está adscrita a su lugar de residencia y no a su lugar de trabajo. Con el fin de no ausentarse de su trabajo, los trabajadores en general no asisten a citas de carácter preventivo, y muchas veces cuando tienen un problema de salud que requiere atención acuden a los servicios de urgencias de los hospitales nacionales y especializados. Esto no solo influye en la saturación de los servicios de urgencias, sino que además hace que el grado de cobertura de los programas preventivos entre las personas que trabajan tienda a ser menor que entre los demás grupos poblacionales, y que el costo de captar a un adulto trabajador para los programas preventivos sea mayor que el de captar a un adulto mayor o a un niño: cuando los técnicos en promoción de la salud (ATAPS) visitan los domicilios para captar a los habitantes de su sector de salud, en general no encuentran a los trabajadores; y cuando estos visitan los servicios de urgencias por un trastorno de salud éste se le resuelve pero no se aprovecha la visita para brindarles la atención integral.

El programa de medicina de empresa, que se discute en un apartado posterior, es una alternativa para hacer frente a esta debilidad de la atención de primer nivel. Para ello debe reestructurarse completamente, de manera que pase a formar parte del sistema del primer nivel de atención, y debe promoverse la formación de médicos en salud ocupacional. Los retos que plantea esta reorganización son grandes, pero su ejecución podría dar resultados significativos en la cobertura de los programas preventivos entre la población trabajadora.

En sexto lugar, finalmente, un problema se presenta con las personas no aseguradas o con las personas aseguradas por cuenta del estado. Los programas de primer nivel de atención, y en particular los programas de promoción de la salud y de prevención, tienen una vocación poblacional, esto es, se dirigen a toda la población. Se trata de programas que no pueden discriminar entre personas: para que sean eficaces, deben cubrir a toda la población, independientemente de cualquier consideración de derechos de aseguramiento. Sin embargo, en Costa Rica son financiados con cotizaciones de los asegurados, ya sea hechas directamente por ellos o hechas por el estado, en el caso de las personas que viven bajo la línea de pobreza. Con las personas aseguradas por cuenta del estado se presenta un problema, ya que aunque el estado paga por ellas la prima del seguro, y por lo tanto están aseguradas, no cuentan con la documentación que las acredite como tales, lo cual les genera dificultades para acceder a los servicios de salud, donde están obligadas a someterse a los procedimientos de “verificación de derechos”. Entonces, para evadir los procedimientos de verificación de derechos, estas personas cuando tienen un problema de salud suelen ir a los servicios de salud fuera de horas de oficina, cuando las oficinas de verificación de derechos están cerradas, y a esa hora sólo están disponibles los servicios de urgencias. Con las personas que no están del todo aseguradas –es decir, aquellas que no son cotizantes directos ni dependientes de un

cotizante, ni aquellas que viven bajo la línea de pobreza, y que por ende están aseguradas por cuenta del estado— se presenta un problema de financiamiento: ¿quién financia su atención? Hoy teóricamente ellas tienen que pagar la atención, a precio de costo, pero en realidad los cobros de estos servicios son muy limitados. En la práctica, los están financiando los demás asegurados, pero ello plantea un problema de equidad, pues las personas que usan los servicios de salud sin estar asegurados en una alta proporción tienen capacidad contributiva (si no la tuvieran, serían aseguradas por cuenta del estado).⁷

Una alternativa para hacer frente a este problema de financiamiento y de equidad es, puesto que el sistema de salud costarricense tiene la aspiración al acceso universal al menos en su primer nivel de atención, que se universalice su financiamiento, esto es, que todas las rentas personales sean sujeto de cotización, y no solo como en la actualidad las rentas del trabajo,⁸ y en todo caso, el acceso al primer nivel de atención debería ser liberado de la verificación de derechos.

⁷ Una población pobre que no está asegurada pues no tiene derecho a recibir el aseguramiento por cuenta del estado es la población inmigrante de origen nicaragüense. La legislación vigente establece que para ser beneficiario del subsidio estatal para el aseguramiento se debe vivir bajo la línea de pobreza y tener la ciudadanía costarricense.

⁸ Actualmente el aseguramiento es obligatorio para todos los trabajadores, ya sea asalariados o independientes, pero las demás rentas personales —alquileres, intereses, dividendos— no son sujeto de cotización.

II. Sistemas de consulta, interconsulta y referencia

El éxito de la atención de primer nivel depende en primer lugar de que se consiga captar a la población para los programas preventivos, y en segundo lugar de que se refiera a otros niveles de atención únicamente aquellos casos en que el problema de salud definitivamente no pueda ser resuelto en ese primer nivel. Ambas circunstancias dependen en gran medida de cómo esté organizado el sistema de consulta, interconsulta y referencia en el primer nivel. La CCSS ha venido introduciendo cambios en ese campo, y posiblemente en los próximos meses se organice mejor todo el sistema.

1. Tipos de consulta

Según se dijo, en el primer nivel de atención se realizan actividades de promoción, de prevención y de tratamiento de la morbilidad. La mayor parte de las captaciones para los programas preventivos, se realizan en las consultas de morbilidad, esto es, cuando un usuario tiene algún padecimiento que lo lleva a consultar un EBAIS; sin embargo, hay ciertos tipos de consulta de morbilidad que no incluyen los procedimientos correspondientes a posprogramas preventivos, en cuyo caso el usuario no es captado para esos programas.

En primer lugar están las consultas ordinarias en el EBAIS. El usuario o alguien en su nombre se presenta en la sede del EBAIS y solicita la cita. El número de citas concedidas durante el día es limitado: por norma el médico atiende alrededor de cuatro pacientes por hora, lo cual significa que el EBAIS al que está adscrito el usuario puede atender, para consultas de morbilidad, entre 30 y 32 pacientes al día, pues sus servicios están normalmente disponibles de ocho de la mañana a cuatro de la tarde, de lunes a viernes.

Si al momento de solicitar la cita no se ha llenado la agenda del médico, se concede una cita al usuario y se le solicita que llegue 15 minutos antes de la cita, con el fin de someterlo a procedimientos denominados “preconsulta”, realizados por la asistente de enfermería que forma parte de los cuatro miembros del EBAIS. Si el usuario no ha asistido a consulta en lo que va del año, tanto la asistente de enfermería como el médico le brindan la atención integral, además de resolverle la consulta de morbilidad. Eso significa que al usuario se le aplican las normas de atención integral estipuladas para su grupo poblacional, mencionadas en el capítulo I. Ello implica que se le hagan los exámenes de laboratorio que correspondan; si los resultados son negativos, se le contacta por teléfono o es visitado en su residencia por el técnico de atención en promoción de la salud (ATAP), lo cual permite detectar tempranamente problemas cuya atención tardía tendría un costo muy elevado para la salud del usuario y para el sistema de salud.

Si al momento de solicitar la cita ya se ha llenado la agenda diaria del médico, se le da cita para otro día. Los cupos del día pueden haberse llenado porque el EBAIS tiene una población adscrita muy elevada, porque la cita fue solicitada en un punto álgido del año (ya que la demanda de consultas se comporta estacionalmente, principalmente por razones climáticas),⁹ o porque la cita fue solicitada a una hora muy avanzada del día. En caso de que el padecimiento sea severo, la asistente de enfermería puede pasarlo para que lo vea el médico entre pacientes, o lo hace esperar por si algún paciente no se presenta; en particular se hace un esfuerzo para abrir espacio cuando el usuario es un niño. Algunas Áreas de Salud han desarrollado sistemas de sustitución de citas muy eficientes para evitar que los cupos se desperdicien cuando el usuario no se presenta; gracias a esos sistemas se hace frente al ausentismo de los usuarios y se reduce el número de usuarios que son rechazados sin atención el mismo día en que se presentan. Si el padecimiento no es agudo y no hay cupo disponible, se le programa cita para otro día, generalmente el día siguiente. No obstante, puede ocurrir que el padecimiento sea muy agudo o que el usuario no esté dispuesto a esperar hasta el día siguiente. En ese caso tiene dos posibilidades: una consulta extemporánea o una consulta de urgencias.

En segundo lugar, pues, se encuentra la consulta vespertina. Algunos EBAIS con exceso de demanda pueden habilitar lo que se denomina “consulta vespertina”, que consiste en extender sus servicios más allá de las cuatro de la tarde. Hay dos razones por las cuales se evita conceder consulta vespertina. La primera de ellas es que esa atención generalmente se brinda con tiempo de trabajo extraordinario, que en Costa Rica, como en la mayor parte de los países, tiene una remuneración un 150% de lo que recibe el tiempo de trabajo ordinario; este costo mayor lleva a las Áreas de Salud a restringir todo lo posible la atención en horarios vespertinos. La otra razón es que la consulta vespertina no es una consulta ordinaria sino una consulta que se denomina “extemporánea”; la principal diferencia entre ambos tipos de consulta es que esta última se realiza sin expediente y al usuario no se le brinda atención integral sino únicamente la atención de morbilidad, pues el objetivo es atender en el menor tiempo posible el padecimiento agudo del paciente. Así, pues, la principal desventaja que presenta esta consulta extemporánea es que no sirve para captar a los usuarios para los programas preventivos; sin embargo, tiene la ventaja de que permite resolver el problema de morbilidad y evitar que, en caso de que éste sea muy agudo, el paciente vaya a los servicios de urgencias de las clínicas o los hospitales.

⁹ Las gripes y los problemas respiratorios, principalmente el asma, son patologías frecuentes al inicio de la temporada de lluvias.

En tercer lugar se encuentra la consulta de urgencias. Servicios de urgencias hay en todos los hospitales nacionales, los hospitales especializados, los hospitales regionales y las clínicas periféricas, aunque en estas últimas no necesariamente de 24 horas sino generalmente hasta las ocho o 10 de la noche. Adicionalmente algunas Áreas de Salud –especialmente entre las que tienen su sede en una Clínica Mayor– han abierto servicios de urgencia básicos, principalmente para estabilizar a los pacientes y enviarlos a un servicio más complejo, si el caso lo amerita. Se supone que las consultas de urgencias están reservadas a situaciones extraordinarias que no pueden esperar por la cita con un especialista. Sin embargo, una gran cantidad de los casos que llegan no presentan la complejidad ni la premura para ameritar una consulta de urgencias. El cuadro siguiente muestra que el número de las consultas de urgencias es muy elevado en relación con el número de las consultas de medicina general, y que además en los últimos años la proporción tiende a aumentar aceleradamente:

CUADRO 3
CONSULTA EXTERNA Y DE URGENCIA
(2002-2006)

Año	Total^a	Medicina General	Urgencias	Proporción (porcentaje) 3/2
	1	2	3	
2002	14 122 358	6 014 003	3 545 384	59,0
2003	14 865 333	6 327 772	3 734 397	59,0
2004	15 567 484	6 590 569	3 987 111	60,5
2005	16 099 252	6 762 415	4 316 349	63,8
2006	16 410 657	6 747 717	4 616 680	68,4

Fuente: Dirección Actuarial, Caja Costarricense de Seguro Social.

^a Además de las consultas de medicina general y de urgencias, comprende las consultas especializadas, las consultas odontológicas y las consultas de otros profesionales (psicólogos, enfermeras y nutricionistas).

El cuadro siguiente separa todas las consultas de urgencias del país entre aquellas que realmente constituían una urgencia y aquellas que hubieran podido ser resueltas en una cita ordinaria en el primer nivel de atención. Como puede verse allí, alrededor del 55% de todos los casos atendidos en los servicios de urgencias fueron clasificados como patologías que hubieran podido ser resueltas de otra forma:

CUADRO 4
CASOS ATENDIDOS POR LOS SERVICIOS DE URGENCIA POR TIPO DE CLASIFICACIÓN
(2004-2006)

Clasificación de los casos	2004	2005	2006
(1) Casos atendidos como urgencias	3 987 111	4 316 349	4 616 680
(2) Casos clasificados como urgencias	1 737 236	1 941 973	2 091 050
(3) Casos clasificados como no urgencias	2 249 875	2 374 376	2 525 630
Relación (porcentaje) (3)/(1)	56,4	55,0	54,7

Fuente: Anuario Estadístico, Departamento de Estadística de la Dirección Actuarial, Caja Costarricense de Seguro Social.

Las consultas de urgencias presentan dos serias desventajas frente a las consultas ordinarias: son mucho más caras para el sistema de salud y constituyen una consulta extemporánea, lo cual significa, como se dijo, que no se brinda al paciente una atención integral en salud. El hecho de que se atiendan como urgencias tantas consultas que podrían ser resueltas en consultas ordinarias de medicina general, tiene varios orígenes. En primer lugar, los horarios de atención de los EBAIS. Cualquier persona que sufra una dolencia aguda (aunque no sea grave) fuera de ese horario y que no cuente con los medios para pagarse la atención en una clínica privada, termina yendo a los servicios de urgencias. En segundo lugar, la inexistencia de controles en los servicios de urgencias para discriminar entre los asegurados y los no asegurados, según se dijo: las personas no aseguradas, que en los servicios de consulta externa ordinarios deberían pagar por el costo de la consulta externa (alrededor de 40 dólares de Estados Unidos), van a los servicios de urgencias cuando la atención de primer nivel no está disponible, pues la CCSS tiene la obligación legal de atenderlos sin facturarles o facturándoles una vez que la consulta se ha producido. Vale aclarar que una parte importante de estas personas que no cuentan con la documentación que las acredite como asegurados en realidad sí son asegurados, pero por cuenta del Estado, en el marco de los programas de aseguramiento de la población en condición de pobreza; otra parte importante son inmigrantes, principalmente nicaragüenses, que laboran en el país pero cuya situación ante la seguridad social no ha sido regularizada.¹⁰ En tercer lugar, la saturación de los EBAIS: cuando una persona con una dolencia aguda no consigue un lugar en la agenda del médico, muchas veces termina presentándose en la consulta de urgencias de una clínica o un hospital.

2. Estrategias para aumentar la resolutivez del primer nivel de atención

Las diferentes Áreas de Salud y la CCSS en su conjunto han venido experimentado diversas estrategias para aumentar el grado de resolución del primer nivel de atención. Los ámbitos para hacerlo son varios. En primer lugar, aumentando la disponibilidad de servicios de primer nivel, a través de diversos mecanismos para reducir la saturación en la consulta (la agenda del médico de los EBAIS se satura temprano) o las restricciones del horario de atención, con lo cual disminuyen los factores que hacen que las personas acudan directamente a los servicios de urgencias. En segundo lugar, mejorando la dotación de equipo de diagnóstico, con lo cual el médico general o el especialista del primer nivel de atención puede resolver con más seguridad algunos casos menos complejos. En tercer lugar, fortaleciendo la capacitación del médico general o la disponibilidad de algunos especialistas para brindar apoyo al médico general o brindar la consulta directamente. Aumentar el nivel de resolución del primer nivel permite ahorros de tiempo y de recursos, tanto al usuario como al sistema de salud.

Aquí se mencionarán brevemente cuatro estrategias seguidas por la CCSS o por algunas de sus Áreas de Salud: (i) la extensión del horario del primer nivel de atención, (ii) la gestión más eficiente de los turnos de consulta, (iii) la apertura de servicios básicos de urgencias y (iv) la interconsulta. Aparte de ellas, cabe mencionar la importancia que tiene la educación de la población en torno al uso y abuso de los servicios de salud, que se debe incorporar en los programas de promoción de la salud.

¹⁰ Hacia Costa Rica hay una importante corriente migratoria de trabajadores nicaragüenses, que llegan al país para trabajar en actividades agrícolas, en construcción y en servicios domésticos, principalmente. Es una población con una educación sanitaria reducida y que representan una proporción importante de la población pobre de Costa Rica. Su condición migratoria es muy precaria, al igual que su condición de aseguramiento. El segundo grupo de inmigrantes proviene de Colombia; se trata, sin embargo, de personas de mayores ingresos y con un alto nivel educativo, lo cual facilita su integración al país.

2.1 Extensión del horario de atención

La apertura de servicios vespertinos en las Áreas de Salud ha reducido significativamente la saturación en los servicios de urgencias de las clínicas y los hospitales. Las estadísticas del servicio de urgencias del Hospital Nacional de Niños permiten ilustrar esto. A raíz del incendio que sufrió el Hospital Calderón Guardia en la segunda mitad del 2005, varias clínicas y Áreas de Salud empezaron a abrir servicios vespertinos, en algunos casos hasta las 10 p.m. y en otros durante las 24 horas; por ejemplo, la Clínica Marcial Fallas, la Clínica de Coronado y la Clínica Solón Núñez empezaron a atender 24 horas los siete días de la semana, mientras que otras, como la Clínica Clorito Picado, lo hicieron hasta las 10 p.m., incluyendo fines de semana. Todas estas clínicas son tanto de primer nivel (Áreas de Salud, con EBAIS concentrados en sus instalaciones) como de segundo nivel. Como resultado de esta apertura de servicios vespertinos a partir de agosto del 2005, las consultas de urgencias en el Hospital Nacional de Niños experimentaron un fuerte descenso: de 163.159 consultas en el 2003 y 167.011 en el 2004, el número de urgencias pasó a 126.647 en el 2005 y a 98.314 en el 2006. Estas cifras muestran cómo una gran parte de las consultas de urgencias se deben simplemente a las restricciones en el horario del primer nivel de atención.

El problema de la atención vespertina, como se dijo, es que se trata de consulta sin expediente y con fines puramente curativos, con lo cual los usuarios que llegan a ella no son captados para los programas preventivos. Adicionalmente se trata de consulta realizada en tiempo extraordinario de los médicos, lo cual encarece su costo. De allí que la CCSS haya decidido extender la consulta ordinaria de los EBAIS y Áreas de Salud a un segundo turno, de manera que se brinde atención integral de salud durante 16 horas diarias, lo cual evitaría que se produzca gran parte de las consultas de urgencias de las clínicas y los hospitales.

2.2 La gestión de cupos en consulta externa

Una segunda estrategia ha sido la combinación de diversas acciones para combatir el ausentismo y para evitar que los pacientes más sintomáticos se vayan sin haber sido atendidos. Una primera acción, para aquellas Áreas de Salud que no tienen servicios las 24 horas, es disponer de un lapso en la mañana, antes de iniciar las consultas ordinarias, para atender exclusivamente los padecimientos agudos. Normalmente las citas se van otorgando conforme la gente las va solicitando; para obtener cita en las primeras horas de la mañana, los usuarios deben llegar a solicitarla muy temprano, a menudo en la madrugada, pues de lo contrario se les otorga al final de la mañana o por la tarde. Para que los pacientes que se han enfermado en la noche y tienen un padecimiento agudo no deban esperar varias horas para ser atendidos por el médico ni vayan a un servicio de urgencias, se habilita una o dos horas, generalmente entre seis y ocho de la mañana, para que sean atendidos de inmediato. Para ello son rápidamente evaluados por un médico, que los coloca “delante de la cola”. Este procedimiento tiene sentido cuando los servicios no están abiertos las 24 horas, pues lo que busca es dar prioridad a la atención de los padecimientos agudos que se han declarado como tales durante las horas de cierre del servicio. Para las siete u ocho de la mañana los usuarios con padecimientos agudos ya han sido atendidos y cuentan con indicaciones del médico, o en el peor de los casos ya han sido referidos a un servicio de urgencias para ser tratados adecuadamente. Este sistema se extiende también a los servicios de odontología, disponibles en las sedes del Área de Salud, así como a los servicios de diagnóstico.

Una segunda acción es la gestión de ausencias o cupos vacantes. Como se dijo, los médicos generales de los EBAIS atienden a 4 usuarios por hora. A los usuarios se les pide que lleguen un cuarto de hora antes de la hora en el curso de la cual se los atenderá; por ejemplo, aquellos que serán atendidos a alguna hora entre las nueve y las 10, deben llegar a las 8:45 a.m. En esos primeros 15 minutos se les verifica la condición de aseguramiento, se ubica su expediente y una enfermera les hace la preconsulta, es decir, una serie de procedimientos como la toma del peso y la talla, la

presión arterial, etc. Luego deben esperar a que les toque su turno, que tendrá lugar en algún momento a lo largo de la hora siguiente. Cuando un usuario no llega, se intenta entregar el lugar a otro usuario que no tenga cita. Sin embargo, muchas veces el lugar asignado se pierde. El ausentismo es un serio problema tanto del primero como del segundo nivel de atención. Es especialmente serio cuando se trata de citas para consulta de seguimiento o para padecimientos crónicos, citas que se han concertado con varias semanas o meses de anticipación; igualmente se produce cuando el Área de Salud ha habilitado el sistema de solicitud de cita por teléfono, una de cuyas consecuencias es que se eleve el ausentismo. En todos estos casos puede darse que los usuarios olviden su cita o que no sean conscientes de la importancia que tiene que la anulen en caso de que vayan a ausentarse.

Para reducir este ausentismo o para que no de lugar a la pérdida de cupos, se han puesto en ejecución diversos procedimientos. Uno de ellos es llamar a los pacientes para recordarles la cita, y en todo caso educarlos sobre la importancia de que la anulen si van a ausentarse. Otro procedimiento es un sistema de gestión de colas. Entre los pacientes que llegan a la consulta cuando ya se han acabado los cupos (es decir, todas las citas del día han sido asignadas), se valora cuáles de ellos tienen prioridad para hacer uso de los cupos que quedaron vacantes a causa del ausentismo. Los cupos de los usuarios que no hayan llegado son puestos a disposición de los usuarios que llegan sin cita, con prioridad para aquellos con padecimientos más agudos.

2.3 Servicios básicos de urgencias

Una tercera estrategia empleada para aumentar la resolutiveidad del primer nivel de atención y reducir la saturación de los servicios de urgencias y de segundo nivel de atención es la apertura de servicios básicos de urgencias en las Áreas de Salud, cuyo propósito es estabilizar al usuario y resolverle el padecimiento o remitirlo a un servicio de urgencias de un hospital. Hay varias Áreas de Salud que disponen de estos servicios básicos, y eso les permite resolver gran parte de las consultas que de otra forma terminarían saturando los servicios de urgencias de los hospitales. Estos servicios cuentan con la infraestructura y el equipamiento necesarios para dar una atención oportuna de situaciones consideradas como emergencias de alta complejidad (paros cardíacos, partos, insuficiencia cardíaca, infartos, accidentes de tránsito y del hogar, entre otros), con el fin de estabilizar al paciente y referirlo posteriormente al Hospital que corresponda en casos justificados. Cuentan con camas de observación (entre una y tres), sala de shock, sala para procedimientos quirúrgicos ambulatorios, desfibrilador, electrocardiógrafo, oxímetro, glucómetro, doppler fetal y nebulizadores para asmáticos.

A modo de ejemplo, puede mencionarse el servicio de urgencia del Área de Salud de Santana, gestionada por una cooperativa. En el año 2005 ese servicio atendió un total de 9.150 pacientes de los cuales poco más de la cuarta parte (el 25,7%) se consideran “urgencias” y las tres cuartas partes restantes (el 74,3%) “no urgencias”; para el año 2006 este número pasó a 10.428 pacientes, de los cuales aproximadamente el 25% fueron verdaderas “urgencias” y un 76% “no urgencias”. El cuadro siguiente muestra las patologías de este servicio de urgencias, desagregado entre urgencias y no-urgencias:

CUADRO 5
PATOLOGÍAS DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Urgencias	No Urgencias
- Asma	- Infección aguda de las vías respiratorias superiores
- Dolor abdominal localizado en parte superior	- Asma
- Diabetes Mellitus no insulino dependiente	- Faringitis aguda
- Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen	- Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
- Herida en miembro superior, nivel no especificado	- Cefalea

Fuente: Jessica Fernández Rodríguez, "Análisis de urgencias", Coopesana, enero de 2007.

Una vez estabilizado, el paciente vuelve a la casa, y en casos más agudos es remitido a un servicio de urgencias del tercer nivel de atención. El número de pacientes remitidos al servicio de urgencias del Hospital San Juan de Dios (hospital nacional a cuya red pertenece esta cooperativa) fue de 398 en el 2005 y de 372 en el 2006, cifra mucho menor que el número de pacientes remitidos a ese hospital por Áreas de Salud con una población semejante que no cuentan con el equipo y el profesional necesario para estabilizarlos. La CCSS acaba de tomar la decisión de iniciar un programa de constitución de servicios básicos de urgencias en todas las Áreas de Salud.

2.4 La interconsulta

La cuarta y última estrategia para aumentar la resolutiveidad del primer nivel de atención que se comentará aquí es la interconsulta. Se trata de destinar una parte del tiempo de los médicos especialistas a la atención de consultas de los médicos generales. Puede asumir desde la forma más completa de establecer sesiones en que ambos médicos ven juntos los casos más complejos seleccionados para tal efecto por el médico general, hasta consultas a través del teléfono o de algún otro medio de comunicación. El principal propósito de la interconsulta es aumentar la capacidad resolutive del médico general: que sea capaz de resolver casos que de otra forma referiría a un especialista. Es practicada en varias Áreas de Salud gestionadas por la CCSS, como por ejemplo la Clínica Jiménez Núñez, la Clínica Carlos Durán y la Clínica de Coronado; también es practicada en las ocho Áreas de Salud gestionadas por cooperativas.

La modalidad más corriente en los EBAIS desconcentrados –esto es, aquellos que tienen su sede lejos de la sede de su Área de Salud (en esta última tienen su consultorio los médicos especialistas)– es que se organizan visitas de los especialistas un cierto número de horas por semana, y en ese horario el médico general del EBAIS cita a los pacientes más complejos que quiere consultarle. En principio el médico general presenta el caso y propone, bajo la asesoría del especialista, el curso a seguir; luego se da una nueva cita de seguimiento al paciente, en que es atendido sólo por el médico general; en caso de que el tratamiento no haya dado el resultado esperado puede consultar con el especialista y eventualmente, de acuerdo con él, referírsele formalmente para que se haga cargo del caso. Siempre existe la posibilidad de que el especialista decida, si el caso es muy complejo, que el paciente le sea referido desde la primera consulta conjunta; No obstante, los médicos especialistas tienen incentivo en no referirse a sí mismos demasiados casos, porque saturan su propia consulta, por lo cual tienen interés en contribuir a elevar la capacidad resolutive del médico general.

En los EBAIS concentrados, que atienden en la sede del Área de Salud (esto es, en el mismo edificio que los médicos especialistas), hay mayor fluidez en la comunicación, pero ello puede presentar el inconveniente de que los EBAIS descansan demasiado en los especialistas. Según varios directores de clínicas que practican la interconsulta, el análisis de las referencias a

especialistas muestra que en general los EBAIS concentrados refieren muchos más pacientes que los EBAIS desconcentrados. Promover una mayor autonomía de los médicos generales de los EBAIS es una de las razones por las cuales se busca separar más claramente las Clínicas de segundo nivel de las Áreas de Salud de primer nivel.

La práctica de la interconsulta, que sirve como capacitación del médico general, es complementada con acciones para fortalecer la capacitación del médico especialista, principalmente a través de programas de pasantías, guardias o sustituciones en centros de un nivel superior de complejidad, principalmente hospitales nacionales o especializados, para que pasen visita y participen en las sesiones médicas. De esa manera el médico especialista se ve estimulado y tiene una visión integral de los casos que se presentan a lo largo de los diferentes niveles de complejidad.

Varias dificultades se presentan para el desarrollo de la interconsulta. En primer lugar, las características personales de los médicos muchas veces no se adecuan a las demandas de la interconsulta con el primer nivel de atención. Hacen falta profesionales que entiendan de la atención integral en salud (ya que muchas veces los especialistas tienen una visión más biologicista de la atención) y que sean capaces de tener buenas relaciones con el usuario, con la familia del usuario y con los otros profesionales, tanto los colegas como el personal de apoyo; en particular tener vocación como docentes, para que una actitud soberbia o indiferente hacia el médico interconsultante no deteriore la confianza de sus colegas más jóvenes sobre la cual se funda el éxito de la interconsulta. En segundo lugar la infraestructura no siempre favorece la interconsulta, sobre todo cuando se pretende hacer uso del teléfono e internet sin que en todos los consultorios existan esas facilidades. En tercer lugar ha habido dificultades para que se reconozca institucionalmente el tiempo que los médicos especialistas dedican a la interconsulta, tanto por parte de la auditoría interna como de los compromisos de gestión, que solo medían la productividad de los médicos especialistas en términos de número de consultas por hora, sin considerar el tiempo destinado a la interconsulta.

En todo caso, la existencia de la interconsulta en el primer nivel de atención parece contribuir significativamente al aumento en su capacidad de resolución y por lo tanto a la reducción significativa de las referencias al segundo nivel de atención. Lamentablemente la CCSS no cuenta con sistemas de información que cuantifiquen las referencias y las contrarreferencias. El servicio de consulta externa del Hospital Nacional de Niños, que cuenta con modernos sistemas de información, señala que las clínicas y Áreas de Salud de donde menos referencias recibe son Coopesaín (Tibás) y Coopesana, que envían entre el 0,5% y el 1% de las referencias recibidas por el hospital, seguidas por la Clínica Carlos Durán y la Clínica Clorito Picado, con un 4% y un 6,5% respectivamente del total de pacientes atendidos por el hospital.¹¹ Esas clínicas están entre las que tienen más tradición de interconsulta.

El análisis de la información de referencias de consulta especializada a otros centros de atención por parte de Coopesana, muestra que el total de referencias externas enviadas en el año 2006 fue de 3.346; de ellas, la consulta del primer nivel realizó 2.337 referencias, que representa un 3,7% de todas las consultas, y la consulta de médicos especialistas del segundo nivel realizó 1.009 referencias, que representa un 8,6% de todas las consultas (Fernández Rodríguez, 2007). Estos bajos porcentajes de referencia se explican en gran medida por el esfuerzo de capacitación realizado con los médicos generales, entre otros medios a través de la interconsulta, y al fuerte control que ejerce la cooperativa sobre las referencias, que sólo pueden ser realizadas con el visto bueno del especialista correspondiente y de la dirección médica.

Recientemente la CCSS tomó la decisión de modificar la composición del equipo de apoyo de las Áreas de Salud, para fortalecerlo con varios médicos especialistas que destinarán un 60% de

¹¹ Entrevista al Dr. Carlos Jiménez, Jefe de Consulta Externa del Hospital Nacional de Niños, y listados del sistema gerencial de información del Hospital Nacional de Niños.

su tiempo a brindar interconsulta a los médicos generales a cargo de los EBAIS. Esta decisión exige una evaluación cuidadosa de las formas en que se ha presentado la interconsulta en las Áreas de Salud donde existe, y definir con mayor claridad los protocolos de referencia y contrarreferencia así como los sistemas de información de referencias, en la actualidad muy deficientes. El establecimiento a nivel nacional de la práctica de interconsulta representa una nueva apuesta que realiza la CCSS por el primer nivel de atención y sin lugar a dudas repercutirá en una reducción de costos, tanto para la institución como para los usuarios, y en una reducción de las listas de espera para la consulta especializada.

III. Medicina de empresa y medicina mixta

Desde hace más de 20 años existen en la CCSS dos programas que no han sido adecuadamente desarrollados pero que podrían llegar a tener gran importancia para aumentar la cobertura de los programas preventivos entre la población trabajadora y para mejorar la oferta de servicios a la clase media, particularmente en la atención de segundo nivel (consulta especializada): el programa de medicina de empresa y el programa de medicina mixta.

Estos dos programas tuvieron su origen en el marco de la fuerte crisis financiera que sufrió la CCSS en el curso de los años ochenta. La crisis económica mundial produjo una severa inflación que terminó con el valor real de sus inversiones transitorias, justamente en el momento en que requería de grandes recursos para renovar los hospitales que se le acababan de transferir, hasta entonces gestionados por las Juntas de Protección Social. Esta situación se vio agravada por el hecho de que el gobierno restringió la creación de plazas, y la CCSS quedó imposibilitada de expandir la cobertura de sus servicios con personal adicional.

En ese contexto la institución inauguró tres programas que buscaban expandir la cobertura de sus servicios sin contratar más médicos: la contratación de entidades sin fines de lucro para la provisión de los servicios de atención de primer nivel, el programa de medicina de empresa y el programa de medicina mixta. El primero de estos programas, cuyos resultados se discuten en un apartado posterior, ha tenido un gran peso en la provisión de servicios de atención integral: más de medio millón de personas son atendidas por cuatro cooperativas, una asociación y una universidad pública. Los otros dos programas han tenido una ejecución más modesta, a pesar de que cuentan con un gran potencial para resolver algunos problemas estratégicos que enfrenta la CCSS, en lo que se refiere a la cobertura tanto de los programas preventivos entre los trabajadores como de la atención de segundo nivel (consulta especializada), principalmente entre las clases medias.

1. El programa de medicina de empresa

El programa de medicina de empresa fue aprobado por decisión de la Junta Directiva de la CCSS en el año 1973 y fue reglamentado en 1976 (CCSS, 2007b). Durante la década de los ochenta adquirió mayor formalidad y mantuvo un crecimiento sostenido. Es un sistema de asistencia médica exclusiva para los trabajadores de una determinada empresa. La empresa paga los honorarios de un médico, quien está facultado para recetarle al trabajador medicamentos o exámenes de laboratorio o gabinete (radiología) así como para referirlo a consulta especializada. Todos estos servicios (medicamentos, exámenes y consulta especializada) son brindados por la CCSS a través del Área de Salud o de la clínica de segundo nivel que corresponde al trabajador según su lugar de residencia. Si la empresa lo desea, los servicios del médico de empresa pueden ser extendidos a los familiares del trabajador, en las mismas condiciones.

En la mayor parte de los casos el médico tiene el consultorio en las instalaciones de la empresa. Establece un horario de atención y su función es atender a los trabajadores que recurren a él cuando necesitan asistencia médica. El trabajador acude al médico de empresa cuando tiene algún problema de salud. En el caso del área metropolitana, el despacho de medicamentos se hace a través de una cadena privada de farmacias contratada por la CCSS para tal efecto, lo cual permite que el trabajador no pierda tiempo yendo a retirar los a las farmacias de la CCSS. Cada empresa tiene un mensajero que va todos los días a la farmacia, deja las recetas nuevas y retira los medicamentos de las recetas del día anterior. Cuando hay una urgencia, aproximadamente en el 10% de los casos, el paciente retira el medicamento en el Área de Salud a la cual está adscrito o bien lo retira directamente en la mencionada farmacia.

Desde el punto de vista del patrono, la principal ventaja del programa es que se reducen los tiempos en que el trabajador se ausenta de su trabajo para ir a consulta médica así como el número y la duración de las incapacidades por enfermedad. Desde el punto de vista del trabajador, la ventaja es que recibe una atención más expedita y evita tener que hacer fila desde la madrugada en el EBAIS de su sector de salud para obtener una cita. Desde el punto de vista de la CCSS, la ventaja es el descongestionamiento de sus servicios, y especialmente del servicio de urgencias, ya que a menudo, como se explicó anteriormente, los trabajadores prefieren no ausentarse de su trabajo en horas laborales y, en caso de un padecimiento agudo, acuden a los servicios de salud fuera de horas de trabajo, cuando sólo están abiertos los servicios de urgencias.

La información disponible sobre la ejecución de este programa es deficiente, lo cual es un síntoma del carácter marginal que ha tenido. No hay información fiable sobre el número de empresas y de médicos inscritos en el programa, ya que existe la obligación de inscribirse pero no de desinscribirse, por lo cual los datos están inflados con las empresas y médicos que ya no están en el programa pero que no han realizado ninguna gestión que permita a la institución sustraerlos de

las estadísticas.¹² En relación a la información sobre la producción del programa: no existen datos fiables ni sobre el número de consultas realizadas, ni sobre las referencias a un nivel superior de atención. Existe información disponible sobre la cantidad de medicamentos despachados y de exámenes de laboratorio realizados, que es enviada por las Áreas de Salud; sin embargo, no necesariamente todas las recetas y de exámenes enviados por los médicos de empresa son registradas como tales, y por ello podría haber una subestimación de la cantidad real. Dadas las limitaciones mencionadas, se presenta, por un lado, en el cuadro 6, únicamente la información del área metropolitana, brindada por la cadena farmacéutica a cargo de dispensar los medicamentos y que tiene registrada la totalidad de empresas y de médicos de empresas que están en el programa (aunque podría haber un cierto número que se ha salido del programa), por otro lado a nivel nacional, en el cuadro 7, la información sobre la cantidad de medicamentos despachados y de exámenes de laboratorio realizados durante el año 2006.

CUADRO 6
PROGRAMA MEDICINA DE EMPRESA ^a
(2006)

Empresas	Médicos	Empleados
255	357	156 671

Fuente: Súper Farmacia J.R. S.A. Información suministrada por la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud de la CCSS.

^a sólo incluye el área metropolitana.

CUADRO 7
MEDICAMENTOS DESPACHADOS Y EXÁMENES DE LABORATORIO
(2006)

Origen de la prescripción	Medicamentos despachados	Exámenes de laboratorio
Médico de empresa (1)	1 041 621	806 605
Total de la CCSS (2)	56 841 417	51 750 073
Relación (porcentaje) (1)/(2)	1,8	1,6

Fuente: Departamento de Estadística de Salud de la Dirección Actuarial de la CCSS.

El programa presenta varios problemas. En primer lugar, cuando el médico de empresa envía un examen de laboratorio o de gabinete al trabajador, este debe ausentarse del trabajo para hacérselo y cae en el cuello de botella de los servicios normales de la CCSS: para solicitar la cita debe destinar varias horas, una vez que ésta se le concede otras tantas para ser atendido, y finalmente otras más para recibir los resultados. La solución que representa el médico de empresa en relación con la dilapidación de tiempo de trabajo no es tal cuando los trabajadores deben hacerse exámenes; esto hace que el médico haga todo lo posible por no recetar exámenes, pero con ello se ve reducida

¹² Antes del 2002 la responsabilidad de inscribir en el programa estaba en las direcciones regionales, y la información no era centralizada. Ese hecho puede implicar que haya una subestimación en el número de empresas y de médicos de empresa fuera del área metropolitana, pero en el área metropolitana (que concentra a la mayor parte de las empresas grandes del país) las empresas deben registrarse y registrar a sus médicos en una cadena de farmacias a cargo de dispensar los medicamentos, con lo cual su número no está subestimado. No están obligadas a desinscribirse al abandonar el programa, con lo cual subsiste la posibilidad de una sobreestimación del número de empresas y de médicos.

su capacidad resolutoria. En segundo lugar, en general la atención brindada por el médico de empresa es de morbilidad, y sólo excepcionalmente y por iniciativa propia realiza actividades preventivas o de promoción de la salud. Esto significa que cuando un paciente presenta algún síntoma, se presenta ante el médico y éste se lo resuelve; pero no existe ninguna disposición en el programa que comprometa o incentive al médico para realizar una atención integral del usuario aprovechando su consulta sintomática. Por ello los usuarios que disponen de la posibilidad de resolver sus problemas sintomáticos de salud con un médico de empresa en general no son sometidos a los procedimientos preventivos propios de los programas de atención integral de salud vigentes en los EBAIS y las Áreas de Salud. De esta forma, aunque el programa de médicos de empresa permite resolver la morbilidad de los trabajadores, constituye, tal y como está diseñado, un escollo para la cobertura de los programas de prevención.

En general la institución tiene dificultades para captar en los programas preventivos y los programas de promoción de la salud a los trabajadores, quienes en el año 2006 constituían el 42% de la población total del país¹³ y un 95% de la población económicamente activa.¹⁴ Quienes trabajan en una empresa que dispone de un médico de empresa resuelven con éste sus problemas de salud, y quienes no cuentan con médico de empresa suelen asistir, según se dijo, a los servicios de urgencias. Ni la consulta del médico de empresa ni la del servicio de urgencias contemplan la aplicación de los protocolos de prevención, de manera que no sirven para realizar una detección temprana de problemas crónicos de salud. Además, en los programas de promoción de la salud también hay dificultades particulares para el caso de los trabajadores, ya que cuando los ATAPS realizan las visitas domiciliarias de rutina, generalmente ellos andan trabajando. Sin embargo, resulta estratégico para el sistema de salud impulsar programas de detección temprana de enfermedades crónicas, en particular de la hipertensión arterial, de la diabetes mellitus tipo 2 y del cáncer cérvicouterino, que tienen una alta incidencia en el país y cuya atención tardía representa un costo muy alto para la seguridad social. Los exámenes que permitirían realizar una detección temprana de estas enfermedades crónicas deberían aplicarse anual o bianualmente al 100% de la población correspondiente (adultos mayores de 20 años y mujeres mayores de 15 años). Ello se haría aprovechando una visita del usuario al EBAIS para resolver algún problema de salud, o en el curso de la cita preventiva que es otorgada a las personas visitadas en sus casas a lo largo del año por los asistentes técnicos de atención y promoción de la salud (ATAPS). Sin embargo, la cobertura de estos exámenes es más baja que los programas dirigidos a otros grupos etéreos. Por ejemplo, el programa de citologías a las mujeres, establecido en los compromisos de gestión, es uno de los que tiene cobertura más baja: en el 2006 se practicó a un 16% de las mujeres entre 15 y 35 años y a un 21,1% de las mujeres mayores de 35 años. Una de las razones de la baja cobertura en estos programas de detección temprana de enfermedades crónicas entre adultos es que la población trabajadora no suele asistir a la consulta ordinaria de los EBAIS ni recibe visitas de los ATAPS.

Extender los horarios de consulta de los EBAIS es una de las estrategias que facilitaría el acceso de los trabajadores a los servicios de atención integral en salud (además de reducir la saturación de los servicios de urgencias), según se mencionó el capítulo II. Rediseñar el programa de médicos de empresa es otra estrategia. ¿En qué debería consistir un rediseño de este programa, para que permita aumentar la cobertura de los programas preventivos entre los trabajadores?

En primer lugar, que todos los médicos adscritos a este programa cumplan con los protocolos de atención de los programas preventivos, y que la CCSS controle los resultados de su labor como si fueran médicos generales de las áreas de salud. Ello significa que se elabore un diagnóstico de salud de los trabajadores de la empresa, en el cual se identifiquen los principales factores de riesgo y la morbilidad prevalente, y se elabore un plan de trabajo que incluya metas de cobertura de los

¹³ Calculado como el número de personas ocupadas a julio del año 2006 sobre la población total al 30 de junio del mismo año. Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

¹⁴ Calculado como el número de personas ocupadas a julio del año 2006 sobre la población económicamente activa del mismo año. Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

programas preventivos (vacunaciones, citologías, tamizajes de lipidemia y de azúcar para toda la población pertinente, y control de los usuarios con problemas cardiovasculares o de diabetes) así como de promoción de la salud (que deberá incluir una serie de actividades relacionadas con la salud ocupacional). Estas coberturas deberían ser evaluadas como se hace con las áreas de salud en el marco de la evaluación de los compromisos de gestión, que incluyen visitas para evaluar por muestreo, en los expedientes, el cumplimiento de los protocolos.¹⁵

En segundo lugar, que se establezca claramente dentro de la CCSS la responsabilidad por el trabajo que realizan los médicos de empresa, lo cual podría implicar que se cuestione el sistema actual de adscripción de la población a las Áreas de Salud de su lugar de residencia. Como se dijo en el primer apartado, todo habitante del país está adscrito a un Área de Salud y a un EBAIS en función de su lugar de residencia. El principio que subyace en esta decisión, según se explicó, es que los factores de riesgo de salud de las personas están relacionados con su edad, con su sexo y con su medio ambiente, y se considera que este último está dado principalmente por las condiciones del entorno en que reside. Sin embargo, eso deja en tierra de nadie a los trabajadores, cuyos principales factores de riesgo vienen dados por el entorno laboral. No existen políticas claras en la CCSS sobre la responsabilidad de las Áreas de Salud en la salud de los trabajadores que laboran en su territorio pero que residen en otras zonas. Esos trabajadores podrían ser fácilmente cubiertos por el Área de Salud de sus lugares de trabajo, pero ello no le es exigido ni reconocido por los compromisos de gestión, y por ello no lo hacen. Hay algunas Áreas de Salud –como por ejemplo la Clínica Central, a cargo del casco antiguo de San José– que cuentan con una población de residentes muy limitada, pero en su territorio pasa durante el día una población trabajadora enorme cuya atención no es de su responsabilidad; la cobertura de esos trabajadores sería mucho más sencilla y menos costosa para esas Áreas de Salud que para las Áreas donde esos trabajadores residen. Pareciera pertinente, pues, que los trabajadores pasen a estar adscritos al Área de Salud correspondiente al lugar de trabajo, pues eso aumentaría sustancialmente la cobertura de los programas preventivos entre los adultos. En caso de que en el centro de trabajo haya un médico de empresa, sería éste el responsable de ejecutar esos programas; en el caso de no haber médico de empresa, los responsables serían EBAIS especializados en ello. No obstante, esto plantea varios problemas operativos: (i) habría que reasignar recursos humanos y financieros entre las diversas Áreas de Salud, pues algunas verían incrementada su población adscrita y otras la verían disminuida (las Áreas “importadoras netas de trabajadores” deberían ver aumentados los recursos de que disponen, posiblemente en detrimento de aquellas que resultan “exportadoras netas”). Por otro lado la red debería contar con sistemas de información (en particular el expediente electrónico) que permitan garantizar la continuidad de la atención, dada la mayor volatilidad que habría en los usuarios adscritos (puesto que el lugar de trabajo es menos estable que el lugar de residencia).

En tercer lugar, que se creen incentivos para que las empresas estén dispuestas a asumir el costo adicional que representaría ampliar las funciones del médico de empresa a la atención integral de salud. Actualmente el único incentivo que tienen para inscribirse en el programa es la reducción en el ausentismo de sus trabajadores para procurarse una consulta en el EBAIS de su residencia y retirar sus medicamentos en el Área de Salud correspondiente, además de los efectos positivos que la existencia de médico de empresa tiene sobre el ambiente laboral. Pero objetivamente no pareciera que las empresas tengan un especial interés en que el médico de empresa realice actividades preventivas entre los trabajadores, lo cual sin lugar a dudas incrementaría sus costos sin que contribuya a corto plazo a sus principales objetivos de reducir el ausentismo laboral y de mejorar las condiciones de trabajo. La CCSS debería considerar la posibilidad de mejorar tales incentivos. Ello podría lograrse de varias formas. Una primera forma es que la CCSS resuelva el “cuello de botella” que representan los exámenes de diagnóstico y las consultas con médicos especialistas, que reducen los beneficios sobre el ausentismo que tiene para las empresas el programa de medicina de

¹⁵ Los compromisos de gestión son el principal instrumento de evaluación de producción con que cuenta la CCSS en el primer nivel de atención. Para una descripción de ellos y de su evaluación véase Rodríguez y Bustelo (2008).

empresa.¹⁶ Eso puede hacerse, como se verá a continuación, en el marco del otro programa que se examina en este apartado, el programa de medicina mixta. Una segunda forma promoviendo algunos mecanismos de reducción de costos, como por ejemplo la existencia de empresas especializadas en proveer el servicio de medicina de empresa y cuyas economías de escala pueden reducir los costos para la empresa beneficiaria. Ya existe por lo menos una empresa, vinculada a una de las cooperativas de salud, que ofrece ese servicio, que podría verse complementado con otros servicios derivados del programa de medicina mixta, que se discutirá a continuación. También se pueden reducir costos a las empresas estableciendo requisitos menos exigentes para las empresas más pequeñas, de manera que les resulte interesante adherirse al programa. La adhesión masiva de empresas al programa podría promoverse a través de campañas realizadas a través de las Áreas de Salud y de los medios de comunicación. Una tercera forma es que la CCSS asuma parcialmente los costos en que incurre la empresa por participar en el programa mejorado de medicina de empresa. Una posibilidad es hacer una devolución de parte de las contribuciones realizadas por la empresa al seguro de salud, cuyo monto podría establecerse en función de los resultados obtenidos en la cobertura. Asumir una parte de los costos eleva el costo que representa para la CCSS el programa de medicina de empresa, pero al mismo tiempo le ahorra dinero con la reducción de las enfermedades crónicas así como de las visitas de los trabajadores a las consultas de urgencias.

Dos problemas adicionales que se presentan actualmente deberían ser resueltos. Por un lado, los familiares de los trabajadores actualmente pueden ser atendidos por el médico de empresa. Ello plantea problemas desde el punto de vista de la continuidad de la atención, porque se trata de personas que en realidad están adscritas al Área de Salud de su lugar de residencia. Esto no sería demasiado grave si el médico de empresa brindara atención integral de salud y si existieran los sistemas de información necesarios para mantener disponible en el EBAIS de adscripción la información relativa al usuario. En todo caso los niños y los adolescentes que estudian plantean un problema semejante al de los trabajadores: sus centros de estudios constituyen un entorno relevante desde el punto de vista de sus factores de riesgo y allí se encuentran concentrados y más accesibles para los programas de atención integral en salud. ¿No correspondería que esas poblaciones sean adscritas al Área de Salud donde se encuentra su centro de estudios, más bien que al Área de Salud donde residen? ¿O los factores de riesgo inherentes al hogar y la zona de residencia son más importantes? Por otro lado, está el problema de los trabajadores informales. Muchos de ellos no cotizan para el seguro de salud, lo cual está vinculado precisamente a la precariedad de su situación laboral. La prevención temprana de enfermedades crónicas entre esa población es estratégica para el sistema de salud, porque una vez que la enfermedad se presenta la seguridad social termina asumiendo el costo de atenderla. Por ello desde el punto de vista financiero, en un cálculo de largo plazo, la atención integral de primer nivel debería estar abierta a toda la población del país, independientemente de su condición de aseguramiento. Siendo así, la pregunta relevante en el marco de la discusión de este apartado es la siguiente: ¿quién debería ser responsable de la atención integral de los trabajadores informales, el Área de Salud de su lugar de residencia o el Área de Salud de su lugar de trabajo? Este problema, al igual que el planteado por los trabajadores del sector formal y sus familiares así como por los estudiantes, no sería relevante si la institución hubiera resuelto los vacíos señalados en sus sistemas de información.

¹⁶ Para realizar un diagnóstico del estado de salud de los trabajadores y llevar a cabo una atención integral que incluya la prevención de la enfermedad, los trabajadores deben realizarse diferentes exámenes (de laboratorio y gabinete), para lo cual debe asistir a los servicios respectivos en el Área de Salud de su residencia. Ello implica que deba ausentarse de su trabajo, lo cual provoca perjuicios a la empresa, o que termine por no hacerse los exámenes, con lo cual no se produce la detección temprana de la enfermedad.

2. El programa de medicina mixta

Además de la contratación de cooperativas para proveer servicios de salud primaria y del programa de médicos de empresa, el programa de medicina mixta es la tercera estrategia utilizada por la CCSS, en el curso de la crisis económica de los años ochenta, para mejorar la calidad y cobertura de sus servicios de salud. Al igual que el programa de médicos de empresa, este programa ha jugado un papel relativamente marginal dentro de la institución, a pesar de que ofrece grandes posibilidades para resolver algunos de los problemas que tienen los servicios de salud, particularmente en el segundo nivel de atención. Se presenta en este artículo, dedicado al primer nivel de atención, porque la CCSS está rediseñando el programa de tal manera que quedará estrechamente vinculado a ese primer nivel, y porque podría ofrecer algunas soluciones para el programa de medicina de empresa.

El programa consiste en lo siguiente: médicos especialistas que tienen consulta privada se inscriben individualmente en el programa de medicina mixta, lo cual los autoriza para recetar medicamentos y exámenes de diagnóstico a sus usuarios, que se los pueden procurar en los centros de salud de la CCSS. El usuario paga al médico la totalidad de la consulta, cuya tarifa es fijada libremente por el médico y que en Costa Rica oscila entre 40 y 60 dólares. Gran parte de los usuarios de estos médicos tienen la solvencia necesaria para comprar sus medicamentos en una farmacia privada o pagarse directamente los exámenes de laboratorio o de gabinete, y muchas veces prefieren hacerlo así, en vista de las colas que hay que hacer para procurarse los medicamentos o los exámenes en la CCSS. Así, el hecho de que el médico esté inscrito en el programa no le ofrece verdaderamente ninguna ventaja a la mayor parte de sus usuarios, principalmente a causa de las colas. Sin embargo, los usuarios que padecen de enfermedades crónicas, que requieren exámenes y medicamentos muy costosos, sí encuentran útil que su médico los autorice para procurárselos en los servicios de la CCSS.

Desde el punto de vista del médico, el programa le permite ofrecer un servicio a algunos de sus usuarios, lo cual mejora un poco su competitividad en el mercado de servicios privados de salud. Desde el punto de vista del usuario, el programa le permite ahorrarse el costo de los medicamentos y de los exámenes, cuando decide procurárselos en la CCSS, lo cual no es poca cosa en el caso de las enfermedades crónicas. Desde el punto de vista de la CCSS, el programa tiene al menos dos ventajas cuyo pleno aprovechamiento requeriría su rediseño, como se verá más adelante. En primer lugar, el programa podría reducir la saturación de los servicios de medicina especializada (segundo nivel de atención), que constituye uno de los principales puntos de saturación de la red: una parte de los pacientes que hacen cola en los saturados servicios de atención especializada en los hospitales y clínicas mayores del país, podrían ser enviados a médicos especialistas privados. En segundo lugar, el programa ofrece una alternativa de servicio para las clases medias de edad media, que prácticamente no utilizan los servicios de la seguridad social y que sin embargo asumen gran parte del peso de su financiamiento: la CCSS podría contribuir al menos parcialmente con los gastos de bolsillo que tienen los miembros de este grupo, sobre todo con los especialistas que más consultan, algunos de los cuales se encuentran saturados en la red de la seguridad social: ginecólogo, urólogo, odontólogo, dermatólogo, psicólogo y nutricionista. Si estos profesionales pudieran ser consultados con algún tipo de subsidio de la CCSS, y como parte de sus servicios, el usuario sentiría que se le devuelve algo, por simbólico que sea, de lo que aporta al sistema de salud, y en algo se atenuaría el malestar creciente que padecen los grupos medios frente al abarrotamiento de los servicios de salud.

La información existente sobre la ejecución de este programa también es deficiente, pues los médicos que han muerto, se han pensionado o no siguen dando consulta privada, siguen figurando en las estadísticas porque nadie se ocupa de darlos de baja. En cuanto a la información sobre la producción del programa, igual que en el caso del médico de empresa, existe información acerca del

número de medicamentos despachados y de exámenes de laboratorio realizados en la CCSS pero referidos por médicos privados que forman parte del programa de medicina mixta. En relación al número de médicos que están inscritos al programa, los datos oficiales para el conjunto del territorio nacional se presentan en el cuadro 8. La cantidad de medicamentos despachados y de exámenes de laboratorio, que podría estar subestimada por las mismas razones que la del cuadro 7, se presenta en el cuadro 9.

CUADRO 8
NÚMERO DE MÉDICOS SEGÚN SITUACIÓN LABORAL
(2007)

Situación laboral de los médicos	Número
Profesionales que laboran para la CCSS	7 818
Profesionales que laboran en empresas	1 546
Profesionales que laboran en medicina mixta	2 355
Profesionales que laboran en CCSS y empresas	1 215
Profesionales que laboran en CCSS y mixta	1 880

Fuente: Departamento de Información Estadística de la Dirección de Servicios de Salud. CCSS. Mimeografiado.

CUADRO 9
MEDICAMENTOS DESPACHADOS Y EXÁMENES DE LABORATORIO
(2006)

Origen de la prescripción	Medicamentos despachados	Exámenes de laboratorio
Medicina mixta(1)	1 218 309	1 146 515
Total de la CCSS (2)	56 841 417	51 750 073
Relación (porcentaje) (1)/(2)	2,1	2,2

Fuente: Departamento de Estadística de Salud de la Dirección Actuarial de la CCSS.

Como puede verse, la cifra de médicos de empresa es mucho mayor aquí que en el cuadro 6. Eso se debe a que en aquel cuadro figuran solo los médicos del área metropolitana que estaban activos en el programa en el 2004 y que se han inscrito desde entonces, mientras que en este último cuadro están los médicos de todo el país que se han inscrito desde que se fundó el programa, independientemente de que sigan activos o no. En todo caso, puede verse que el número de médicos inscritos en el programa de medicina mixta representa un 50% más que los inscritos en medicina de empresa.

El programa adolece de una serie de problemas, al igual que el de medicina de empresa. En primer lugar, la entrega de recetas y sobre todo la realización de exámenes no es oportuna debido a las colas, con lo cual las personas con medios económicos prefieren pagárselos privadamente, y ello reduce el efecto positivo que el programa tendría sobre la percepción que esas personas tienen del sistema de salud. En segundo lugar, el usuario llega al médico especialista directamente, no referido por el primer nivel, y el especialista no le hace ninguna contrarreferencia. Esto presenta dos inconvenientes: (i) no queda información en el sistema público de salud del problema de salud experimentado por el usuario; (ii) el usuario no es captado para la atención integral, pues el especialista en general se limita al ámbito de su especialidad. En tercer lugar, no existe ningún control sobre el programa, de manera que podría haber o llegar a haber una fuga de medicamentos costosos, sin que existan los procedimientos de monitoreo necesarios para detectarlo y corregirlo.

Para la CCSS es estratégico consolidar la adhesión de las clases medias, particularmente en vísperas de que la entrada en vigencia del tratado de libre comercio con Estados Unidos autorice la comercialización de seguros privados de salud, algo que hasta ahora ha estado prohibido en Costa Rica. Nadie está cuestionando por el momento la obligatoriedad de que todos los trabajadores, asalariados e independientes, contribuyan al seguro público de salud en proporción de sus ingresos, sin tope alguno. Sin embargo, cuando empiecen a comercializarse seguros privados de salud es posible que crezca la presión ejercida por las clases medias para que se les permita escoger entre la seguridad social y los seguros privados, o que al menos se les ponga topes de cotización en la primera para destinar el resto de los recursos a financiarse un seguro privado de salud. En ese contexto pareciera de relevancia política que la CCSS inicie programas que le permitan posicionarse adecuadamente frente a los seguros privados de salud, y el de medicina mixta le ofrece la oportunidad de hacerlo. ¿Cómo podría ser rediseñado el programa para alcanzar el objetivo de recuperar a la clase media para el uso de los servicios de salud del sistema público, al mismo tiempo que se racionaliza el programa?

En primer lugar, la CCSS podría asumir el pago de la consulta, para aquellas especialidades en que existen colas. En esos casos en que la CCSS asume el pago, sin embargo, la consulta debería originarse en una referencia del médico general del EBAIS, que debería recibir a su vez una contrarreferencia. Esto tendría el propósito de evitar la sobreconsulta que normalmente se produciría si el servicio no conlleva ningún costo para el usuario. En segundo lugar, podría mantenerse la posibilidad de que el usuario asista libremente a un médico especialista, en cuyo caso él pagaría la cita, como ocurre actualmente con el programa; el hecho de que deba pagar por el servicio constituye el mecanismo de autorracionamiento que evita la sobreconsulta; sin embargo, podrían establecerse mecanismos que incentiven al médico especialista a aplicar los programas preventivos del primer nivel de atención cuando al usuario no se le han aplicado, y remitir la información correspondiente, así como la contrarreferencia al EBAIS de adscripción del usuario, con el fin de que el sistema de salud no pierda la información de la atención. En tercer lugar, es necesario que se solucione el cuello de botella existente en los exámenes. Para ello la institución podría apoyarse más en la red de laboratorios privados, con los cuales sería necesario establecer algún mecanismo de transferencias que debería ir acompañado de un riguroso sistema de control. Este sistema podría resolver también el cuello de botella para el programa de medicina de empresa, que como se dijo encuentra allí una de sus principales limitaciones. En cuarto lugar, finalmente, podría abrirse el sistema a algunas intervenciones de cirugía ambulatoria y a los partos, que podrían ser parcialmente subsidiados por la CCSS en el marco de convenios con las clínicas privadas que suele utilizar la clase media. En la actualidad la mayor parte de las mujeres de clase media dan a luz en los hospitales y clínicas privadas, básicamente por la calidad de la hostelería, y de hecho cuando el parto se complica terminan siendo referidos ella y su niño a un hospital de la seguridad social, que cuenta con mejores medios técnicos. Si la CCSS transfiere a la clínica privada o al usuario el monto que le habría costado practicarle el parto o la cirugía ambulatoria, ello contribuiría a dar legitimidad a la seguridad social frente a los seguros privados de salud, y a preservar el carácter solidario del sistema de salud costarricense.

IV. Atención integral de los neonatos en riesgo

Los servicios de salud brindados por la Caja Costarricense de Seguro Social están estructurados en tres redes, cada una de las cuales está encabezada por un hospital nacional, según se mencionó en el apartado 1. El Hospital Calderón Guardia lidera una de estas tres grandes redes y es responsable de brindar el servicio del tercer nivel de atención dentro de esta red. Esto lo hace junto a dos hospitales regionales, dos periféricos y los seis hospitales especializados. Pese a ser un servicio de tercer nivel de atención, el servicio de Neonatología del Hospital Calderón Guardia ofrece diferentes programas de primer nivel tendientes a proporcionar un seguimiento adecuado de los niños recién nacidos. Estos programas están articulados directamente con el tercer nivel de atención de dicho hospital, tal como debe funcionar la red, y se hace un esfuerzo por vincularlos a los EBAIS de adscripción de la familia de los niños. El objetivo de este apartado es presentar estos programas y comentar algunos resultados.

La población meta está constituida únicamente por los neonatos de alto riesgo de la Unidad de Neonatología. Del total de los nacimientos, existe un pequeño porcentaje de niños que requieren hospitalización, un porcentaje de los cuales son considerados de alto riesgo. ¿Cuáles recién nacidos son catalogados como de alto riesgo? Aquellos que han sufrido alguna patología¹⁷ durante el período prenatal, perinatal o neonatal. Este tipo de noxa aumenta la probabilidad de que el niño presente alguna de las siguientes discapacidades del desarrollo en el futuro: retardo mental, parálisis cerebral, trastornos en la comunicación, trastornos del aprendizaje, déficit de atención, ceguera y sordera.

El servicio de Neonatología ha desarrollado diferentes programas de atención ambulatoria. Algunos de estos se proponen captar tempranamente las posibles discapacidades del desarrollo (consulta de neurodesarrollo); otros tratan de estimular todas las capacidades cognitivas del paciente (talleres de estimulación e intervención temprana); otros procuran conocer el entorno familiar de algunos casos particulares y prever dificultades que puedan originarse de dicho entorno (visitas domiciliarias). Todos estos programas están unificados en un proyecto interdisciplinario cuyo objetivo fundamental es proporcionar seguimiento clínico y observación del ambiente psicosocial del niño. De ahí que también funcione una consulta de lactancia materna, otra de apoyo psicológico y otra más de profesionales en Trabajo Social. Este proyecto, aunque se inició hace varios años, no fue sino hasta mayo 2007 en que adquirió el carácter integral y multifacético actual. Funciona bajo el nombre de Clínica de Desarrollo Integral del niño Egresado y su Familia (CLINIDEF) en un área física aledaña al Hospital.

1. Consulta de neurodesarrollo

En el año 1994 se inició la consulta de neurodesarrollo con el objetivo de captar y dar seguimiento a niños de alto riesgo que estaban siendo egresados del Hospital con altas probabilidades de presentar en el futuro discapacidades del desarrollo. El objetivo de esta consulta es detectar en ellos, tempranamente, alguna discapacidad específica. Estos niños son evaluados cada cuatro meses en el primer año de vida y cada seis durante el segundo y tercer años. Se utilizan diversos instrumentos estandarizados para evaluar el desarrollo de estos pacientes. Además, se realiza una evaluación física, neurológica y de la nutrición; la duración promedio de cada consulta es de 30 minutos.

Una vez iniciada la consulta de neurodesarrollo, se planteó el problema de la conducta a seguir ante resultados considerados como “anormales” en los Test de desarrollo. Hasta ese momento la única opción posible era referirlos a los Centros de Intervención Temprana pertenecientes al Ministerio de Educación existentes en diversas comunidades. Sin embargo, estos centros son escasos y de cupo limitado. Por otra parte, se observó que gran parte de las madres presentan factores de riesgo que contribuyen a que ese niño no reciba la adecuada atención (baja escolaridad, bajo nivel socioeconómico, problemas de violencia familiar, etc); es decir, se observó que el medio ambiente sociocultural y económico del niño era otro obstáculo para el desarrollo de todas sus capacidades cognitivas. En este contexto se decide iniciar los talleres de intervención temprana. Estos talleres son coordinados con la Escuela del Hospital Nacional de Niños. Su objetivo es enseñar a los padres y las madres a estimular, educar y tratar a sus hijos. A los padres y las madres se les entrega material escrito, se les enseña a hacer juguetes y se trabaja con ellos en todo lo referido al desarrollo (la estimulación temprana). Este taller se brinda una vez a la semana.

¹⁷ Padecimientos o factores de riesgo biológicos: prematuridad, hemorragia intracraneana, retardo de crecimiento intrauterino, encefalopatía hipoxico isquémica, anomalías del sistema nervioso central por imágenes, anomalías bioquímicas (hipoglicemia, policitemia, hiperbilirrubinemia), microcefalia, anomalías congénitas, infecciones congénitas, sepsis/meningitis, enfermedades pulmonares (enfermedad pulmonar crónica, hipertensión pulmonar persistente y síndrome de aspiración de meconio), convulsiones neonatales, abuso de sustancia por parte de la madre.

El siguiente cuadro muestra el número de nacimientos por año, durante el período 2001-2006, del Hospital Calderón Guardia que han requerido hospitalización y aquellos que han ingresado a la consulta de neurodesarrollo.

CUADRO 10
PACIENTES INGRESADOS A LA CONSULTA DE NEURODESARROLLO
(Período 2001-2006)

Año	Nacimientos	Hospitalizados	Ingresos a la consulta	Porcentaje ^a
2001	7 685	1 429	344	24
2002	6 965	1 174	305	26
2003	7 185	1 365	244	18
2004	7 182	1 438	311	22
2005	5 273	1 092	309	28
2006	5 796	1 089	283	26

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Calderón Guardia, CCSS.

^a Cantidad de ingresos a la consulta sobre el total de pacientes hospitalizados.

La duración del seguimiento de estos niños es, en promedio, tres años. Sin embargo, en algunos casos puede prolongarse. Los criterios de egreso de la consulta de neurodesarrollo son los siguientes: (i) niños que hayan obtenido coeficientes de desarrollo normales en las evaluaciones realizadas entre los 30 y 36 meses; (ii) niños que hayan nacido con peso igual o inferior a 1.000 gramos se les da seguimiento hasta su ingreso al sistema de educación formal (Ministerio de Educación Pública); (iii) niños con parálisis cerebral entre los tres y los cuatro años se les da de alta una vez organizado un adecuado plan de seguimiento en diversas disciplinas tales como programas de intervención temprana, consultas a sub-especialidades médicas y atención psicosocial; (iv) niños que hayan obtenido coeficientes de desarrollo anormales durante los primeros tres años de vida, sin discapacidad motora, se les da seguimiento hasta su integración al sistema de educación del Ministerio de Educación Pública.

El siguiente cuadro muestra la cantidad de pacientes dados de alta de la consulta de neurodesarrollo durante el período 2001-2006. Debe considerarse que la mayoría de las altas son de pacientes que han ingresado a la consulta en años anteriores y que ya tienen entre dos y seis años.

CUADRO 11
PACIENTES DADOS DE ALTA DE LA CONSULTA DE NEURODESARROLLO
(2001-2006)

Año	Altas
2001	106
2002	180
2003	203
2004	110
2005	160
2006	30

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Calderón Guardia, CCSS.

2. Programa de reducción de morbi-mortalidad del neonato egresado

Este programa, iniciado en el año 2002, surge como consecuencia de haber detectado la pérdida de cuatro niños prematuros egresados del Servicio de Neonatología. Se determinó que el fallecimiento de estos niños obedecía a múltiples factores: su condición vulnerable, la incapacidad de los padres de seguir adecuadamente las instrucciones brindadas por los médicos, la ausencia de un área física apropiada en el hogar, situaciones psicosociales conflictivas, hábitos y costumbres higiénicas incorrectas, entre otros. El caso de estos cuatro niños puso en evidencia una debilidad de todo el esfuerzo que se venía haciendo desde la atención del tercer nivel por salvar la vida de los neonatos en riesgo: se invertía sumas millonarias para lograr dentro del hospital la supervivencia de un niño, y luego se lo dejaba morir por la ausencia de un seguimiento en el hogar que representaría para el sistema de salud una suma nimia.

Es en este contexto que se gesta el programa de las visitas domiciliarias. El objetivo es abordar el problema observado con un enfoque biopsicosocial: se trata de observar el ambiente en que el niño deberá habitar una vez egresado y de corregir aquellos factores de riesgo que podrían impedir su desarrollo normal.

El servicio se proporciona en los siguientes casos: neonatos hospitalizados por más de quince días, que ameritaron al menos 72 horas de atención en cuidado intensivo neonatal, que presentan malformaciones congénitas, que tuvieron un diagnóstico de encefalopatía hipóxica, niños oxígeno dependientes, que nacieron con un peso menor a 1.800 gramos, que tienen una familia en riesgo social (drogadicción, violencia intrafamiliar, madres adolescentes sin apoyo, antecedentes de abandono, entre otros).

El programa consiste en visitar el hogar de cada uno de estos niños antes de que egresen del hospital y entre una y tres veces después de su salida. Las visitas son realizadas por un equipo constituido por un médico especialista en medicina familiar, una enfermera y una trabajadora social. La visita pre-egreso se hace, por lo general, dos semanas antes de la salida del bebé del hospital. Se evalúa la planta física del futuro hogar del bebé (materiales que requiere un neonato con las características particulares, higiene general del hogar, número de personas que lo habitan, número de aposentos y distancia al centro de atención más cercano), la habitación donde permanecerá el bebé (limpieza, ventilación, iluminación y características de la cuna –material, posición anti reflujo, etc.), y el entorno sociocultural y económico de la familia (nivel educativo de los padres, fuentes de ingreso y redes de apoyo familiar y social).

Además de estas evaluaciones, se dan algunas recomendaciones en cuanto a rutinas y actividades: alimentación, administración de medicamentos, regulación de la temperatura, baño, lavado de manos, visitas, salidas y advertencias específicas como el fumado dentro de la casa. Se realiza un primer abordaje de los casos en que se detectan problemas en el entorno familiar del niño, como por ejemplo violencia intrafamiliar o drogadicción. También se intenta involucrar a los demás miembros de la familia en el cuidado del niño que va a llegar al hogar. Cuando se observan dificultades en la planta física del futuro hogar, se trata de adecuar las instalaciones en función de las necesidades del niño. El niño no es dado de alta por el servicio de neonatología si el equipo de visita domiciliaria diagnostica que existen factores de alto riesgo en el hogar que lo recibirá.

La visita postegreso se hace uno o dos días después de que el niño egresó del Hospital. Esta visita tiene el objetivo de observar a la familia en la práctica y ver cómo se adaptó a la presencia del niño. Se hace un recuento del cumplimiento de las recomendaciones dadas durante la visita pre-egreso; se realiza un examen físico completo del niño (peso, talla, etc.) y una revisión de la papelería (referencias, carné del niño) así como de los resultados de exámenes de laboratorio y/o gabinete ordenados al egreso.

Un elemento de importancia estratégica que se está intentando establecer en las visitas domiciliarias, es la articulación con los equipos locales de salud. Se trata de alertar al EBAIS de adscripción del niño que un neonato de alto riesgo llegará a la zona, para que los miembros del equipo le presten una atención especial al caso; además, se trata de capacitar a los miembros del EBAIS en la atención de casos que requieren cuidados muy específicos. Finalmente, en la visita al hogar se proporciona información acerca de las Clínicas y EBAIS disponibles para el niño y se le entregan las referencias necesarias. El grupo ha ofrecido charlas informativas a los diferentes centros médicos locales con ese fin integrador. Avanzar en esta dirección es una de las prioridades que actualmente tiene el programa.

Después de la visita post-egreso y de informar y capacitar al EBAIS, se da por concluido el ciclo. A partir de ese momento el seguimiento del niño corresponde al EBAIS y el Área de Salud de la zona. Naturalmente, ciertos casos seguirán control subespecializado, tanto en la consulta externa de Hospital como en otros centros del segundo nivel.

En el siguiente cuadro se presenta la cantidad de visitas realizadas desde el año 2004 hasta octubre del año 2007.

CUADRO 12
CANTIDAD DE VISITAS DOMICILIARIAS
(Período 2004-2007)

Año	Visitas
2004	286
2005	190
2006	278
Oct-2007	354

Fuente: Clínica de Desarrollo Integral del niño Egresado y su Familia, Hospital Calderón Guardia, CCSS.

3. Otras acciones complementarias

Existen otras acciones que vienen a complementar la consulta de neurodesarrollo y el programa de reducción de morbi-mortalidad del neonato egresado. Los más importantes son los siguientes:

Programa de intervención en crisis

Este programa se inició a finales del año 2006. Es una consulta médica que consiste en dar un espacio de contención psicológica a los padres de los niños que están en cuidados intensivos. Se proporciona una vez por semana y está a cargo de un psicólogo. Esta actividad especializada se considera de gran importancia para los familiares del niño, ya que la ayuda que requieren para transitar adecuadamente ese momento tan difícil para ellos incidirá enormemente en la vida futura del niño.

Cursos de masaje infantil

Este programa se inició en el año 2007. Su objetivo es fortalecer el vínculo entre los padres y el niño. Se da una vez por semana. Se aprovecha para conversar con los padres sobre el desarrollo de los niños y se les da material escrito sobre vacunación, etc. Este programa se orienta a todos los niños, pero por el exceso de demanda se tomó la decisión de ofrecerlo a partir del año 2008 únicamente a los niños de alto riesgo.

Consulta externa de neonatología de alto riesgo

La consulta externa de neonatología comenzó en el año 2004. Es una consulta de control de los recién nacidos catalogados como de alto riesgo. La primera consulta se realiza durante los primeros 15 días a un mes después de que el niño egresó del Hospital. Según la complejidad del caso se ofrecen hasta un total de tres consultas por paciente; con esta limitación se busca que quede claro que esta consulta no pretende sustituir el trabajo que realizan los niveles primario y secundario de atención, lo cual duplicaría esfuerzos e incrementaría los costos institucionales.

Consulta de lactancia materna

La consulta de lactancia materna comenzó en el año 2005. Este programa está dirigido a todos los neonatos en quienes se ha observado alguna dificultad en el proceso de lactancia, especialmente hacia los hijos de madres de primera gesta que no están entrenadas en la aplicación de la técnica adecuada de lactar. En esta consulta se observa si el niño es bien amamantado y si la madre produce suficiente leche. El asesoramiento lo brinda el personal de enfermería, especializado en el campo mediante cursos y experiencia de varios años.

Resulta de gran importancia clínica en esta consulta la detección de patologías que la madre no ha observado. Se han captado cuadros de ictericia severa, pobre ganancia de peso, cuadros infecciosos, cardiopatías, etc. En el momento de hacer la observación la enfermera refiere al niño a una consulta abierta al efecto ofrecida por un neonatólogo denominada Consulta de Choque. En esta consulta se evalúa al niño clínicamente y, si fuera necesario, se ordena su internamiento en el Hospital Calderón Guardia o el Hospital de Niños, o se le envía a consultas subespecializadas. Desde este punto de vista puede notarse el gran impacto que ejerce esta consulta de lactancia materna en la atención de la población adscrita.

Programa Canguro

Este programa parte del principio que la estimulación mediante el contacto físico estrecho entre los padres y el hijo promueve el desarrollo psicomotor y protege al niño de enfermedades como la hipoglicemia y la hipotermia. Además, estimula la lactancia materna y acelera el egreso del niño hospitalizado. El programa se originó en Colombia en las postrimerías del siglo pasado con el fin de reducir la estancia hospitalaria ante la carencia de recursos, especialmente incubadoras. Fue adoptado en Costa Rica debido a sus ventajas sobre el niño, más que para acelerar el egreso hospitalario. Se aplica al binomio madre - niño mientras el niño se encuentra hospitalizado y también se mantiene en el hogar de los niños que se encuentran en seguimiento en la Clínica.

Programa de valoración cardiológico intra y extra hospitalaria

Esta consulta se inició en el año 2002, para hacer frente a las necesidades de valoración por un cardiólogo de los niños hospitalizados que no estaban lo suficientemente graves como para trasladarlos al Hospital Nacional de Niños, así como para valorar el sistema cardiovascular de niños hospitalizados antes de darles el egreso. Un importante porcentaje de niños requieren seguimiento post egreso debido a alguna sospecha de cardiopatía.

CUADRO 13
CANTIDAD DE VALORACIONES CARDIOLÓGICAS
(Período 2005-2006)

Año	Valoraciones
2005	73
2006	116

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Calderón Guardia, CCSS.

Programa de valoración de imágenes de cerebro

Este programa comenzó en el año 2002. Como se mencionó en el primer párrafo, uno de los órganos más afectados de los recién nacidos de alto riesgo es el cerebro. Una neuróloga pediatra, una vez por semana, realiza el examen de ultrasonidos tanto a los pacientes internados en el Hospital como a los pacientes externos que lo ameritan y realiza las valoraciones correspondientes. Esta consulta es otra evidencia de la importancia de la consulta externa de seguimiento en una Unidad de Alto Riesgo Neonatal.

CUADRO 14
CANTIDAD DE EXÁMENES DE ULTRASONIDO
(Período 2005-2006)

Año	Exámenes
2005	97
2006	168

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Calderón Guardia, CCSS.

Programa de tamizaje de audición

Este programa se creó a finales del 2003 con el fin de detectar de manera temprana los trastornos de audición en los niños, que constituye uno de los defectos congénitos más frecuentes. A nivel mundial se calcula que la tasa de pérdida de audición congénita es de dos a tres por cada mil niños nacidos. Existe evidencia de que los niños con sordera que no reciben una intervención temprana tienen mayor riesgo de presentar trastornos de aprendizaje en el futuro. Por lo general, en la consulta de rutina, los trastornos de audición son captados en los niños alrededor de los dos años; sin embargo, a través de este programa es posible detectar esta patología y tratarla mucho más tempranamente. Esta evaluación debe ser aplicada a todos los recién nacidos del país. No obstante, debido a carencia de recursos, especialmente la falta de técnicos adiestrados, sólo se está ofreciendo en el Hospital Nacional de Niños y en el Hospital Calderón Guardia a niños de alto riesgo.¹⁸

¹⁸ Los criterios para seleccionar cuáles niños deberán ser objeto de este programa son: admisión a la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, estigmas u otros hallazgos que sugieran síndromes que se acompañan de pérdida de audición, historia familiar de pérdida auditiva, anomalías craneofaciales, infección por TORCHS y uso de antibióticos ototóxicos.

V. Contratación de terceros para la prestación de servicios de salud

Como se mencionó, con el fin de expandir durante la crisis de los años 80 la cobertura de los servicios de salud, la CCSS contrató proveedores externos para la prestación de servicios de salud. A partir de 1988 han sido contratados seis proveedores externos de servicios de atención ambulatoria, que en el 2007 siguen contratados: cuatro cooperativas (Coopesalud, Coopesaín, Coopesiba y Coopesana), una asociación privada sin fines de lucro (ASEMECO) y una universidad pública (la Universidad de Costa Rica, UCR). Cada proveedor está a cargo de dos Áreas de Salud. La celebración de estos contratos le permitió a la CCSS evadir los límites a la creación de plazas y extender la cobertura de los servicios. En el año 2006 dichos proveedores estaban a cargo de la atención primaria de más del 16% de la población y dieron más del 15% de las consultas de medicina general de toda la CCSS.

Este apartado hace una reseña de algunas de las innovaciones que han representado aportes al desarrollo de la gestión de los servicios de salud. También se presentan los resultados tanto del desempeño en materia de producción como de los costos que representaron para el sistema de salud la contratación de estos servicios en el año 2006. El análisis de costos compara los costos de diferentes servicios otorgados por las Áreas gestionadas por terceros con un conjunto de Áreas de Salud seleccionadas para ese fin, ya que la CCSS no cuenta con información contable que permita extender el análisis comparado a toda la institución.

1. Aportes de los proveedores externos al sistema de salud

Una de las razones aducidas por la CCSS para contratar a proveedores externos para la provisión de servicios de salud fue crear un espacio de experimentación donde la seguridad social pudiera poner a prueba innovaciones, tanto en el campo del modelo de atención como en el campo de la gestión. Algunas de esas innovaciones se han puesto en práctica con la participación activa de la CCSS; otras han sido fruto de la iniciativa de los proveedores externos, dirigidos muchos de ellos por ex-funcionarios de la CCSS, como resultado de la dinámica competitiva misma y de los esfuerzos de adaptación del modelo a las condiciones concretas de la población atendida. El siguiente cuadro presenta los aportes de los proveedores externos al sistema de salud, ordenados en dos grandes grupos: los relacionados con el modelo de atención y los relacionados con gestión y la organización.

CUADRO 15
APORTES DE LOS PROVEEDORES EXTERNOS AL SISTEMA DE SALUD

Aportes al modelo de atención	Aportes al modelo de gestión
Organización de manera experimental de la prevención en programas específicos para diferentes poblaciones meta	Interconsulta (equipo de especialistas dedicados a atender consultas de los médicos generales) con el objetivo de elevar la capacidad resolutoria de los médicos generales a cargo de los EBAIS. Algunas Áreas de la Salud gestionadas por la CCSS como la de Coronado y la Carlos Durán, también cuentan con modelos desarrollados de interconsulta.
Constitución de los primeros equipos básicos de atención integral (EBAIS) ubicados en la zona de residencia de la población beneficiaria (esta experiencia, tenía como antecedente el modelo de salud familiar implementado por una clínica de la CCSS en la zona semirural de Vázquez de Coronado)	Expediente electrónico, que permite una mayor comunicación entre el Área de Salud y los EBAIS, reduce el traslado de documentos y las necesidades de apoyo administrativo, evita la pérdida de los expedientes en papel, minimiza el costo de traslado a los pacientes y facilita la detección de la pluriconsulta.
Diversos programas de promoción de la salud y de participación comunitaria	Otros aportes innovadores: plataforma de servicios (que acelera la entrega de las medicinas), sistema de citas telefónicas (con fuente componente educativo para evitar q los pacientes se ausenten sin cancelar la cita), sistema de control metrológico (para garantizar la precisión de los instrumentos de medición como balanzas, termómetros, cintas métricas, etc.)

Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por los proveedores externos de servicios de atención integral en salud de la CCSS.

2. Producción del primer nivel de atención

La oferta de los proveedores externos de servicios se concentra principalmente en el nivel básico de atención integral, que incluye tres tipos de programas: promoción de la salud, prevención de la salud y consulta de morbilidad (consulta en medicina general y en odontología). Además del nivel básico de atención, algunos proveedores externos brindan consultas especializadas y de urgencias. Sin embargo, el peso relativo que tienen en relación al total de las consultas especializadas y de urgencias del conjunto de la CCSS es bastante bajo (1,78% y 2,85%, respectivamente).

El servicio de promoción de la salud es el más inmensurable de ellos, y por esa razón no se considera en este análisis; la producción en materia de consulta general suele ser medida en número de consultas; la producción de los programas preventivos se mide por el grado de cobertura alcanzada. Una metodología para medir y comparar la cobertura alcanzada en los programas

preventivos fue desarrollada a partir de la evaluación los compromisos de gestión¹⁹ y se explica a continuación.

Desempeño relativo de la prevención

En la prevención de la salud, la CCSS ha organizado sus servicios en 15 programas destinados a poblaciones específicas. La población potencialmente beneficiaria de un programa determinado (el universo pertinente) se denomina “población blanco”; por ejemplo, la población blanco de un programa de vacunación para niños menores de un año en el territorio atendido por un Área de Salud son todos los niños menores de un año adscritos que viven allí, y la población blanco del programa de post-parto son todas las mujeres que dan a luz en el transcurso del año en cuestión.

Cada año la Dirección de Compras de Servicios de Salud de la CCSS negocia con las diferentes Áreas de Salud una meta de cobertura para cada una de esas poblaciones, es decir, se define lo que se denomina la “población meta” de cada programa y al año siguiente evalúa su cumplimiento. En esa evaluación se determinan dos indicadores: el grado de cobertura simple y el grado de cobertura con cumplimiento de normas. La **cobertura simple** es el porcentaje de la población blanco de cada programa que fue efectivamente cubierto —es decir, que en los dos ejemplos anteriores fueron objeto de vacunación o de un cierto número de consultas de seguimiento post-parto. Si en una determinada Área de Salud la población blanco del programa de postparto es de 5.000 mujeres, y de ellas 4.000 atienden la consulta, se dice que la cobertura simple de ese programa es de $4.000/5.000 = 80\%$. Por otra parte, la **cobertura con cumplimiento de normas** es el porcentaje de la población blanco de cada programa que fue cubierto con cumplimiento de todos los protocolos de atención, según quedó constancia en el expediente respectivo. Este indicador se estima por muestreo: se toma una muestra de todos los usuarios cubiertos por el programa y se evalúa si en sus expedientes consta que durante la consulta se siguieron los procedimientos establecidos en los protocolos de atención del programa en cuestión. Así, pues, si de las 4.000 mujeres que asistieron a la consulta se determina por procedimientos estadísticos que sólo 3.000 fueron atendidas de acuerdo con lo establecido en los protocolos, se dice que la cobertura con cumplimiento de normas fue de $3.000/5.000 = 60\%$. En algunos programas, como el de vacunación o el de citología, la cobertura simple es igual a la cobertura con cumplimiento de normas: la vacuna se puso o no se puso, la citología se hizo o no se hizo. Pero en otros programas puede darse que una persona aparezca en las estadísticas de cobertura simple, porque fue objeto de atención en ese programa, pero que no aparezca en las estadísticas de cobertura con cumplimiento de normas porque en el expediente no quedó constancia de que su atención no se realizó de acuerdo con el protocolo.

Todos los años se realiza la evaluación de los 15 programas de prevención en cada una de las Áreas de Salud, de manera que por área hay 15 indicadores de cobertura simple y 15 de cobertura con cumplimiento de normas. El indicador de cobertura con cumplimiento de normas suele ser menor que el de cobertura simple, salvo cuando no hay diferencia entre los dos tipos de cobertura (como en el caso de la vacunación o de las citologías). Los indicadores de cobertura simple y los de cobertura con cumplimiento de normas se calculan desde finales de los años 90 para todas las Áreas de Salud del país y constituyen el principal y más antiguo instrumento de monitoreo sobre la cobertura y la calidad de los servicios de salud.

A partir de los 15 indicadores de cobertura simple y de los 15 indicadores con cumplimiento de normas calculados anualmente para cada Área de Salud, se calculó un **índice de cobertura simple** y un **índice de cobertura con cumplimiento de normas**. Para ello se hizo un promedio ponderado para cada Área de Salud de los indicadores de cobertura, utilizando como ponderador de cada programa su población blanco dividida por la suma de las poblaciones blanco de todos los programas. El índice de cobertura simple expresa la cobertura que en promedio alcanzó el Área de

¹⁹ Para más información sobre los compromisos de gestión, véase nota 15.

Salud respectiva para todos los programas de atención básica; el índice de cobertura con cumplimiento de normas expresa la cobertura con cumplimiento de normas que en promedio alcanzó el Área de Salud para todos los programas.

Las diferencias entre las Áreas de Salud en la cobertura simple no siempre son responsabilidad del proveedor. Por una parte, hay Áreas de Salud cuya población tiene un nivel de ingresos alto y el hábito de utilizar servicios de salud privados, con lo cual una parte de la población blanco de esa Área de Salud nunca aparecerá cubierta en sus estadísticas a pesar de los esfuerzos que realice. Por otra parte, existen Áreas de Salud que disponen de menos recursos que otras, lo cual les impide alcanzar resultados descolantes, por mejor gestionadas que se encuentren; es el caso, por ejemplo, de Áreas compuestas por EBAIS cuya población adscrita es mucho mayor que los 4.500 habitantes que constituyen la norma ideal de la CCSS. No obstante, no pareciera que en este caso las diferencias en los promedios de cobertura se deban a diferencias equivalentes en el número de habitantes por EBAIS. De acuerdo con los datos oficiales, en el 2006 el número promedio de personas por EBAIS fue de 4.746 entre los proveedores externos, mientras que en las Áreas institucionales seleccionadas es de 4.848 y en el promedio de todas las Áreas gestionadas por la CCSS es de 4.755; es decir, que las diferencias en el número de habitantes por EBAIS son mucho más pequeñas que las existentes entre los índices de cobertura, tanto simple como con cumplimiento de norma.

Para comparar el desempeño de las Áreas de Salud desde el punto de vista de su cobertura, puede compararse en cada una de ellas la diferencia entre la cobertura simple y la cobertura con cumplimiento de normas. ¿Por qué esa diferencia constituye un indicador de la gestión de un Área de Salud? Lo más difícil para un Área de Salud es captar al usuario: que éste llegue a una consulta y se le puedan aplicar los protocolos de los programas de prevención. Si el Área de Salud realiza una excelente gestión de los programas, la cobertura simple será todo lo elevada que es posible, dadas sus restricciones de recursos y los hábitos que su población asignada tiene de usar los servicios públicos de salud; pero si la cobertura con cumplimiento de normas es muy parecida a la cobertura simple significa que toda persona que llega a consulta es atendida en los programas preventivos de acuerdo con lo establecido por los protocolos. Si a una persona que llega a consulta no se le aplican correctamente los protocolos, se trata de un caso perdido desde el punto de vista de los programas preventivos. Por ello la diferencia entre la cobertura simple y la cobertura con cumplimiento de normas evidencia la posible existencia de deficiencias en los procedimientos de atención.²⁰

El cuadro 16 presenta para el año 2006 el índice de cobertura simple y el índice con cumplimiento de normas para el promedio del conjunto de las Áreas de Salud gestionadas por proveedores externos, las Áreas institucionales seleccionadas y las de Áreas gestionadas por la CCSS.

En lo referente a la cobertura simple, las cooperativas tienen una cobertura de 45,2%, ligeramente por encima del promedio de las Áreas institucionales seleccionadas (43,4%), del conjunto de las Áreas gestionadas por la CCSS (44,6%) y de ASEMECO (44%). Esta última tiene una cobertura simple en promedio en las Áreas que gestiona por encima del promedio de las Áreas seleccionadas pero apenas por debajo del promedio institucional. Por último, la Universidad de Costa Rica se encuentra por debajo de todos los promedios mencionados.

En lo referente a la cobertura con cumplimiento de norma, las cooperativas presentan en promedio un índice de cobertura de 43,2%, superior tanto al promedio institucional (36%), como a las Áreas institucionales seleccionadas (39,8%), a ASEMECO (40,8%) y a la Universidad de Costa Rica (28,5%).

²⁰ Es necesario aclarar que una atención sin cumplimiento de norma no es necesariamente una atención deficiente: lo ocurre es que el médico no hizo constar en el expediente que se hayan aplicado correctamente los protocolos, y por ello se registra como un caso de cobertura sin cumplimiento de norma.

Como puede verse en mismo cuadro, la diferencia entre la cobertura simple y la cobertura con cumplimiento de norma es menor en las cooperativas, le sigue ASEMECO y luego las Áreas institucionales seleccionadas. Dicha diferencia es mayor en el caso del promedio de la CCSS y en el caso de la Universidad de Costa Rica. Eso significa que si las Áreas de Salud gestionadas por la CCSS hubieran aplicado los protocolos con la diligencia con que lo hicieron las cooperativas o ASEMECO, su cobertura con cumplimiento de normas hubiera sido mucho mayor, sin necesidad de ningún recurso adicional. ¿Por qué los proveedores externos aplican con más rigor los protocolos de atención? Muy posiblemente porque los proveedores externos, en particular los privados (no la Universidad de Costa Rica) cuentan con mecanismos mucho más efectivos de imponer disciplina a su personal, y particularmente a los médicos.²¹

Desempeño relativo de la consulta

El principal mecanismo a través del cual los habitantes de un Área de Salud son captados para los programas preventivos, es la consulta de morbilidad. Cuando la persona llega al EBAIS por alguna dolencia, un funcionario administrativo determina si se trata de la primera consulta del año y si, por ende, debe ser objeto de una atención integral; la enfermera le hace una pre-consulta (toma los signos vitales, el peso, etc) y cuando el médico general atiende su malestar aprovecha para aplicarle los procedimientos de los programas preventivos que correspondan a su grupo etáreo y al sexo de la persona.

Los proveedores externos tienen un peso importante en las consultas de medicina general y las consultas odontológicas, y el número de esas consultas por habitante adscrito es mayor en los proveedores externos que entre las áreas institucionales: mientras que la población adscrita a los proveedores externos constituye un 11,7% de la población nacional, las consultas de medicina general brindadas por dichos proveedores representa el 12,5% del total nacional. El número de consultas es un indicador más superficial que el grado de cobertura de las acciones preventivas, ya que no implica una evaluación de la calidad de la consulta, como sí existe en los programas preventivos.

El cuadro 16 muestra que el número de consultas de medicina general por habitante de las cooperativas es en promedio casi un 17% mayor que en las Áreas seleccionadas y casi un 5% mayor que en el conjunto de Áreas gestionadas por la CCSS; en el caso de ASEMECO las diferencias son mayores, 28% y 14%, respectivamente. El número de consultas odontológicas por habitante tanto de las cooperativas como de ASEMECO, es menor que en las Áreas seleccionadas y que en el conjunto de Áreas gestionadas por la CCSS.

²¹ Contribuyen con ello, además, los sistemas de información de que disponen los proveedores privados, pues facilitan la labor de los médicos y los obligan a ser más metódicos y sistemáticos en el proceso de atención. El hecho de que el expediente clínico no evidencie la aplicación de los protocolos no necesariamente significa que no fueran aplicados, sino que podría manifestar descuido del médico en el registro escrito de esos procedimientos, descuido que se reduce al utilizar un expediente electrónico.

CUADRO 16
DESEMPEÑO DE LA PRODUCCIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
(Por tipo de proveedor, 2006)

Área de Salud	Cobertura simple o total (porcentaje)	Cobertura con norma (porcentaje)	Consultas medicina general por habitante	Consultas odontología por habitante
Cooperativas	45,2	43,2	1,616	0,267
ASEMECO	44,0	40,8	1,763	0,214
UCR	32,4	28,5	-	-
Promedio Áreas seleccionadas	43,4	39,8	1,380	0,417
Promedio todas las Áreas CCSS	44,6	36,0	1,544	0,455

Fuente: Elaboración propia, a partir de información suministrada por la Dirección de Compra de Servicios de Salud y de la Dirección Actuarial de la CCSS.

3. Costos del primer nivel de atención

Uno de los criterios centrales al decidir la conveniencia de comprar servicios de salud a un proveedor es el ahorro que pueda generar frente al escenario de producir directamente esos servicios. De allí la relevancia de comparar el costo de los servicios producidos por la CCSS con el costo de los servicios comprados a los proveedores externos.²² Esto plantea dos problemas metodológicos. En primer lugar, la comparación requiere una estructura uniforme de costos totales para las Áreas institucionales y para las Áreas gestionadas por proveedores externos; sin embargo, la CCSS no cuenta con una contabilidad de costos que le permita saber cuánto cuestan sus diferentes servicios y procedimientos. En segundo lugar, es necesario realizar una comparación no de los costos globales, sino de los costos específicos de los diversos productos de las Áreas, lo cual plantea el problema de escoger las unidades de medida de dichos productos, algo que no es sencillo en el sector de la salud.

Con respecto al primer problema, se tomó la decisión de reconstruir la contabilidad de costos de ocho Áreas institucionales representativas, para lo cual se utilizó los resultados de un trabajo de campo realizado con este propósito por funcionarios de la CCSS. Con respecto al segundo, se tomó dos tipos de productos: el grado de cobertura de los programas de prevención en salud y el número de consultas de medicina general y odontológica y se compararon los costos de esa producción específica. Los resultados alcanzados son fuertemente tributarios de las áreas seleccionadas, que fueron escogidas por la misma CCSS. El desarrollo de una contabilidad de costos que permita saber cuánto cuestan exactamente los diferentes servicios de salud sigue siendo una asignatura pendiente de la CCSS, así como de gran parte de los sistemas de salud de América Latina.²³

El cuadro 17 muestra tres formas de presentar el costo de los programas preventivos y el costo de la consulta de medicina general y odontológica. Se excluye a la Universidad de Costa Rica, porque no se cuenta con información de costos para sus servicios. A continuación se explica el cuadro.

Costo per cápita bruto

La primera columna es el costo per cápita bruto, que se obtiene al dividir el costo total del Área de Salud correspondiente a los programas preventivos por la población adscrita. Este costo no considera las diferencias en la producción, sino simplemente cuánto cuesta cada persona adscrita al Área de Salud, independientemente del porcentaje de la población que haya sido cubierta por los

²² En el análisis se considera que los costos de los servicios provistos por los proveedores externos son más bajos que lo que esos costos representan para la CCSS, ya que los excedentes que generan son considerados como costos para la CCSS.

²³ Para una descripción detallada de la metodología véase Rodríguez y Bustelo (2008).

programas. Los costos per cápita brutos de los proveedores externos para el año 2006 no han sido más elevados que los institucionales. El costo per cápita más bajo, en promedio, lo presenta ASEMECO, seguido por las cooperativas y apenas por encima las áreas institucionales seleccionadas.

Costo per cápita de la cobertura simple

La segunda columna es el costo per cápita de la cobertura simple, que se obtiene al dividir el costo per cápita bruto (primera columna) por el índice de cobertura simple, con lo cual se obtiene el costo per cápita de un 1% de cobertura simple. Tal vez un ejemplo lo aclare. Supóngase que el Área C con 100 dólares de costos per cápita obtiene una cobertura de 100% y el Área A con 100 dólares de costos per cápita obtiene una cobertura de 50%. El producto en este caso es la cobertura alcanzada y se mide en porcentajes. Con los mismos recursos un Área obtuvo el doble de producción que la otra. ¿Cuánto cuesta una unidad de producto en cada Área, es decir, cuánto cuesta un 1% de cobertura? La respuesta se obtiene de dividir el costo de la producción total de cada Área por la producción alcanzada, es decir, de dividir 100 dólares por 100% en el caso del Área C y por 50% en el caso del Área A; así, un 1% de cobertura cuesta $100/100 = 1$ dólar en el Área C y $100/50 = 2$ dólares en el Área A. El cuadro 14 muestra que un 1% de cobertura simple con las cooperativas cuesta, en promedio, 0,63 dólares per cápita, con ASEMECO 0,57 dólares y con las Áreas seleccionadas 0,71 dólares.

Costo per cápita de la cobertura con cumplimiento de norma

La tercera columna es el costo de la cobertura con cumplimiento de normas, que se obtiene al dividir el costo per cápita bruto de la primera columna por el índice de cobertura con cumplimiento de normas. Este costo corresponde con el costo de un 1% de cobertura con cumplimiento de normas. En el año 2006, el costo promedio de un 1% de dicha cobertura es en general más bajo entre los proveedores externos que entre las Áreas de Salud institucionales seleccionadas. El costo más bajo, en promedio, es el de ASEMECO, 0,62 dólares, le sigue el de las cooperativas que en promedio es de 0,67 dólares y por último el de las Áreas institucionales seleccionadas que es de 0,79 dólares, un 18% más que el costo en las cooperativas y un 27% más que el costo en ASEMECO.

Costo de la consulta general

El cuarto costo presentado es el costo de la consulta de medicina general, que se obtiene dividiendo el costo total del nivel básico de atención por el total de consultas de medicina general, disponibles por Área de Salud en la página web de la CCSS. El cuadro muestra que en el año 2006 el costo promedio de la consulta general en las cooperativas es alrededor de un 80% el de las Áreas institucionales seleccionadas.

Costo de la consulta odontológica

Por último, el costo por consulta odontológica se obtiene de dividir el costo de los servicios de odontología por el número total de consultas, disponibles en la página web de la CCSS. El cuadro muestra que el costo de una consulta odontológica suministrada por un proveedor externo (tanto en el caso de las cooperativas como en el caso de ASEMECO) representa para la CCSS un 67% del costo de producir esa consulta con sus propios odontólogos.

CUADRO 17
COSTOS DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS, DE LA CONSULTA GENERAL Y DE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

(Por tipo de proveedor, 2006. Dólares)

Área de Salud	Costos per cápita brutos	Costos per cápita de 1 por ciento cobertura simple	Costos per cápita de 1 por ciento cobertura con normas	Costos de la consulta medicina general	Costos de la consulta odontológica
Cooperativas	28,35	0,63	0,67	17,54	13,51
ASEMECO	25,20	0,57	0,62	14,29	13,42
Áreas instituciones seleccionadas	30,29	0,71	0,79	21,95	20,03

Fuente: Elaboración propia, a partir de información suministrada por el Departamento de Costos, la Dirección Actuarial, la Dirección de Compra de Servicios de Salud y los 5 proveedores externos de la CCSS.

Como puede verse, los proveedores externos muestran mejores resultados que la institución tanto en la productividad per cápita como en los costos, y esto a pesar de que la supervisión ejercida por la CCSS sobre estos proveedores ha sido limitada. No corresponde aquí especular sobre las razones que se encuentran a la base de esta diferencia de desempeño, aunque no puede dejar de mencionarse que los proveedores externos, todos ellos entidades sin fines de lucro, cuentan con mejores instrumentos para imponerle a su personal estándares más rigurosos de productividad y tienen mayores incentivos para reducir sus costos. En los últimos meses la CCSS ha venido diseñando un sistema de supervisión y evaluación sobre los proveedores externos que le permitirá sacar un mejor partido de esa experiencia. Es de esperar que a mediano plazo mejoren los sistemas de información contable de los servicios que ella brinda con su propio personal, lo cual podría dar lugar a diversos mecanismos que estimulen la reducción de costos entre sus propios centros de salud.

VI. Conclusiones

Gran parte del éxito del sistema de salud costarricense se origina en la amplia cobertura de su primer nivel de atención, al cual tiene acceso prácticamente toda la población del país. Su configuración actual ha sido el resultado de un largo proceso de innovación cuyo principal motor son los mismos funcionarios a cargo de brindar la atención. El principal ejemplo de esto es el modelo de atención integral de salud, que se fue constituyendo paulatinamente desde los años setenta en el marco de diversas iniciativas aisladas –el Hospital sin Paredes de San Ramón, las experiencias de capitación en Barva, el modelo de medicina familiar en Coronado, continuado por Coopesain en Tibás, la constitución de los primeros EBAIS por Coopesalud, en Pavas– que terminaron confluyendo en la reforma de salud de la primera mitad de los años noventa, cuando el modelo fue generalizado al conjunto del país y momento desde el cual ha seguido incorporando diversas innovaciones realizadas en los diversos centros de salud.

Sin embargo, el proceso a través del cual las innovaciones se abren campo y terminan siendo institucionalizadas es lento y complejo, en gran medida porque la CCSS carece de una cultura de planificación, evaluación y sistematización que permita identificarlas con facilidad e incorporarlas como práctica institucional. La ausencia de esa cultura es responsable de que muchas de las innovaciones se pierdan sin haber sido replicadas cuando las personas que las concibieron y gestionaron pasan a ocupar otras responsabilidades o simplemente se pensionan, aunque también ha permitido que las personas creativas y con iniciativa encuentren los espacios necesarios para poner en práctica sus innovaciones.

Este artículo ha reseñado algunas de estas innovaciones, llevadas adelante por pioneros cuyas iniciativas se han mantenido más o menos al margen de las políticas institucionales pero cuya pertinencia para el desarrollo del sistema de salud salta a la vista. A lo largo y ancho del país pueden contarse múltiples iniciativas como las aquí expuestas, cuyo futuro, como el de éstas, pende en gran medida de la contingencia. El espacio que deja la dinámica institucional para la iniciativa de sus funcionarios, gracias al cual muchos de estos ponen en práctica su creatividad y su compromiso con la población, constituye a la vez una amenaza para la replicabilidad e incluso la permanencia de las innovaciones que se cultivan en él. El diseño de una política de innovación, que incorpore a la cultura institucional la promoción de la innovación y una práctica sistemática de evaluación y sistematización, contribuiría a que muchas de las innovaciones que hoy pasan desapercibidas terminen siendo incorporadas a la práctica institucional y se aproveche aún más lo que constituye la principal riqueza de la CCSS: la experiencia, la creatividad y el compromiso de muchos de sus funcionarios. El diseño de esta política de innovación en la CCSS es un desafío para la sociedad costarricense.

Bibliografía

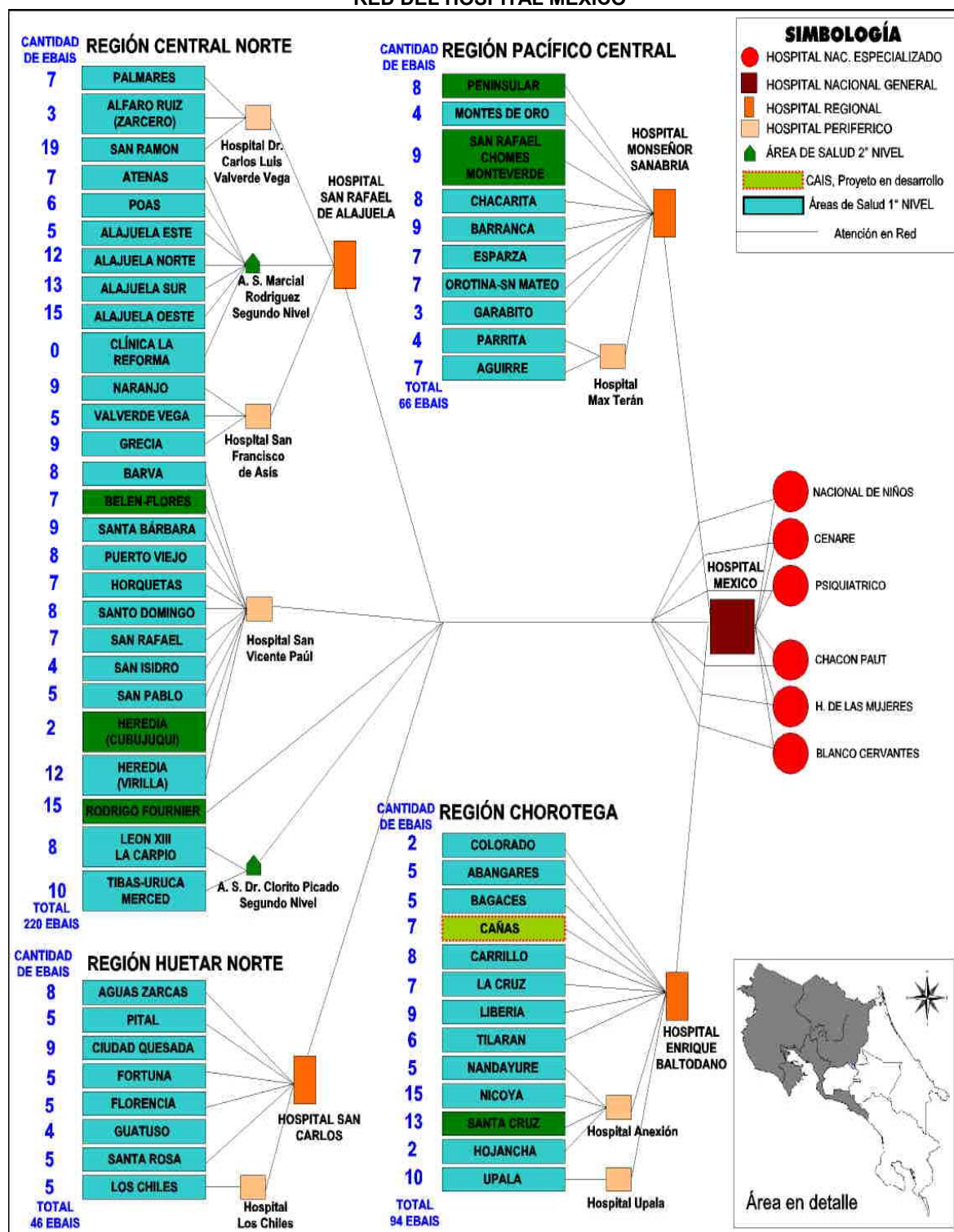
- CCSS (Caja Costarricense de Seguro Social) (2007a), “Informe final. Modelo de contratación de proveedores externos para la prestación de servicios integrales de salud del primer nivel de atención”, octubre. Mimeografiado.
- ____ (2007b), “Modelo del sistema de salud laboral. Atención integral del escenario laboral”, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud. Mimeografiado.
- ____ (2006), “Una CCSS renovada hacia el año 2025. Planeamiento Estratégico Institucional 2007-2012 y Programación de Inversiones” <www.ccss.sa.cr>.
- ____ (1993), “Propuesta de Readecuación del Modelo de Atención, Informe Final”, febrero. Mimeografiado.
- CCSS-MS (Caja Costarricense de Seguro Social-Ministerio de Salud de Costa Rica) (1993), “Readecuación y Fortalecimiento del Modelo de Atención”, 1993. Mimeografiado.
- Fernández Rodríguez, Jessica (2007), “Análisis de referencias externas”, Coopesana, enero.
- Rodríguez Herrera, Adolfo (2006), “La reforma de salud en Costa Rica”, *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 173 (LC/L.2540-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), mayo.
- Rodríguez Herrera, Adolfo y Celeste Bustelo (2008), “La compra de servicios de salud en Costa Rica”, *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 201 (LC/L.2904-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), mayo.

Anexos

Anexo 1

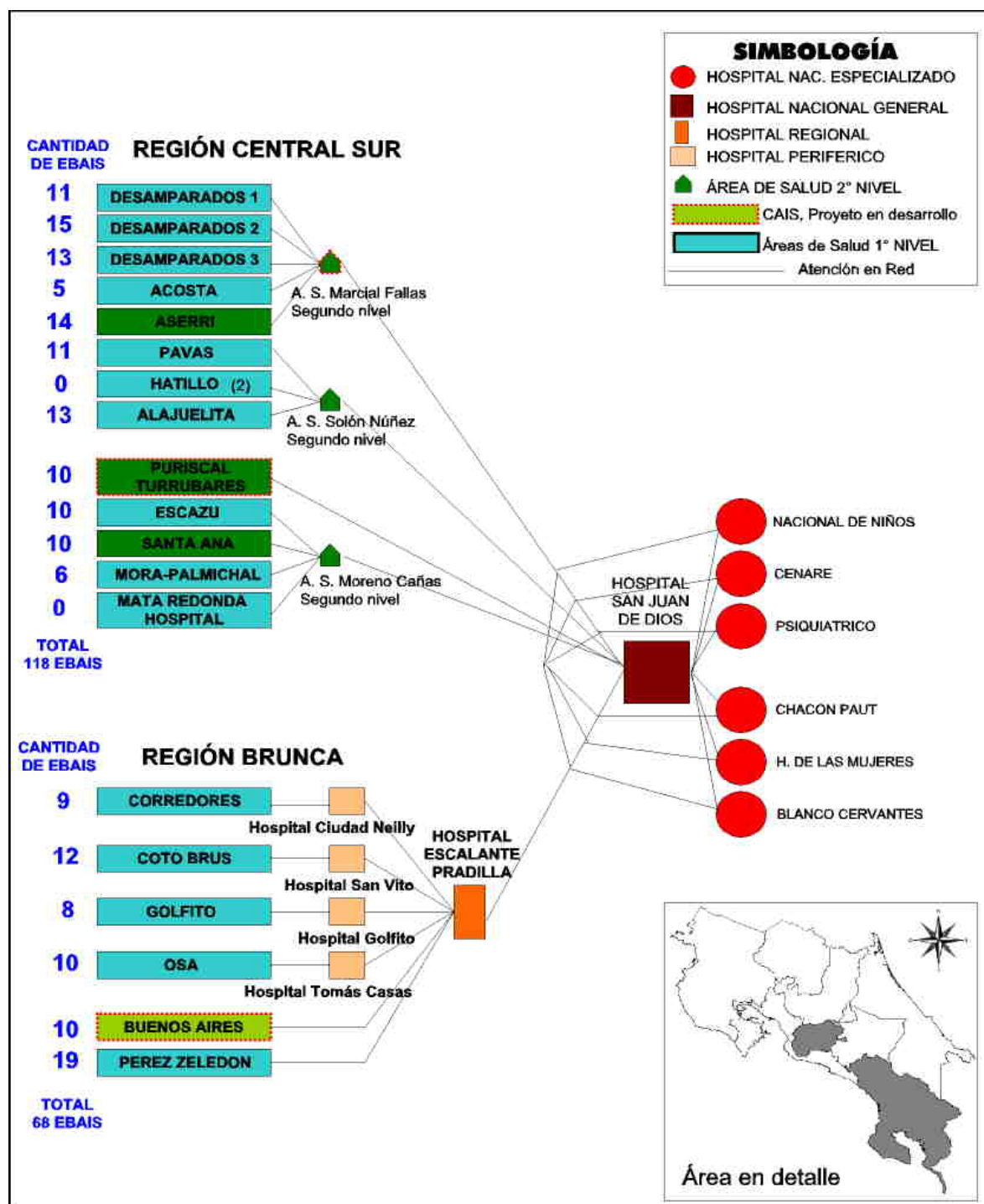
La organización en redes de la CCSS

DIAGRAMA 1
RED DEL HOSPITAL MÉXICO



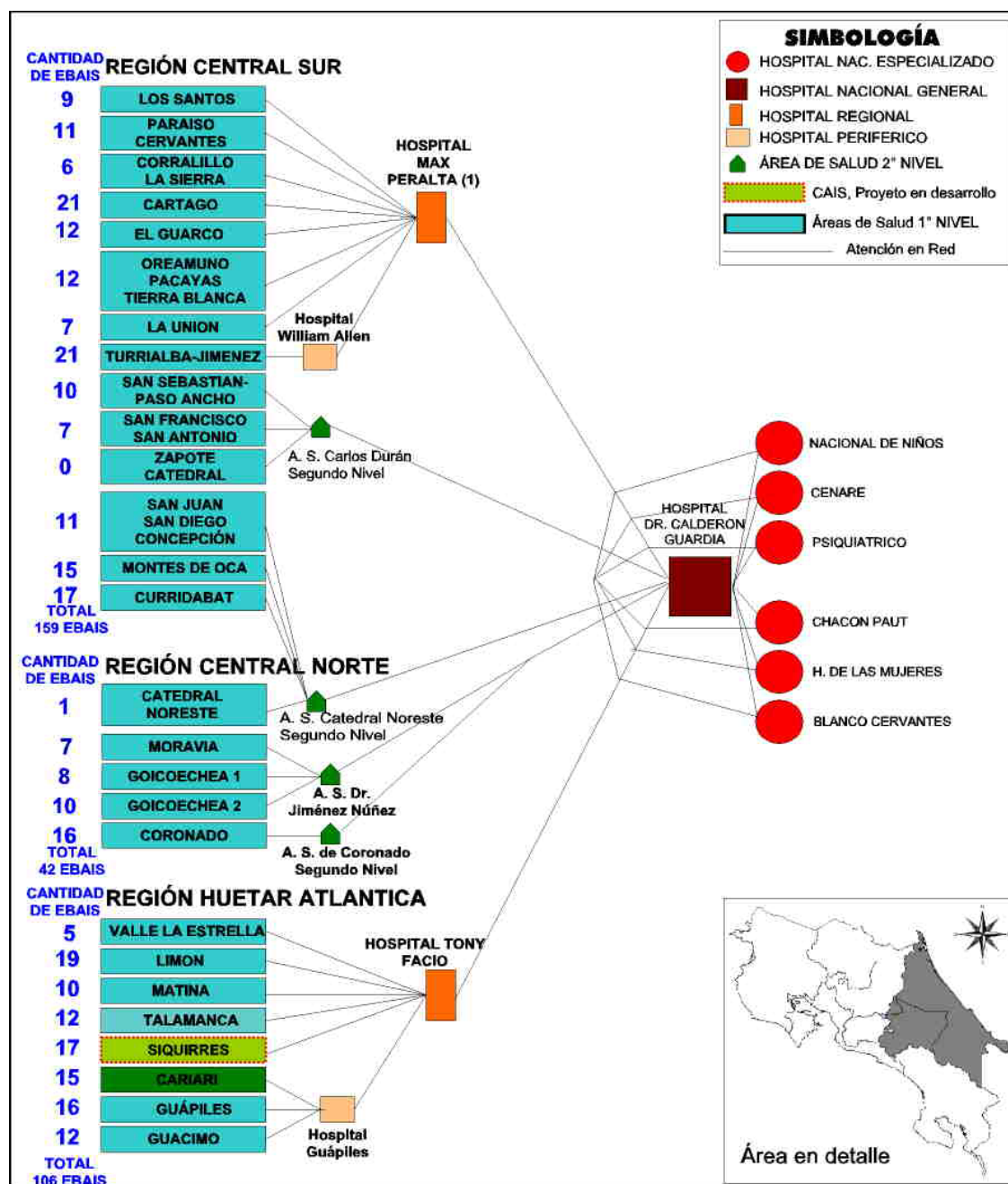
Fuente: CCSS. Presidencia Ejecutiva. Dirección de Planificación Institucional. Corte al 30 de diciembre del 2006.

DIAGRAMA 2
RED DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS



Fuente: CCSS. Presidencia Ejecutiva. Dirección de Planificación Institucional. Corte al 30 de diciembre 2006.

DIAGRAMA 3
RED DEL HOSPITAL DR. CALDERÓN GUARDIA



Fuente: CCSS. Presidencia Ejecutiva. Dirección de Planificación Institucional. Corte al 30 de diciembre 2006.

Anexo 2

Personas entrevistadas

Entrevistas sobre el sistema de consulta, interconsulta y referencia:

Hilda Oreamuno Ramos, Directora de la Dirección Gestión Regional y Red de Servicios de Salud Central Sur, CCSS, 19 de octubre de 2007.

Zeirith Rojas, Director de la Clínica de Coronado, CCSS, 30 de octubre de 2007.

Carlos Jiménez, Jefe de Consulta Externa del Hospital Nacional de Niños, CCSS, 02 de noviembre de 2007.

Dra. Hellen Ulloa, Directora del Área de Salud Goicoechea 2, CCSS, 07 de noviembre de 2007.

María de la Paz Andrade, Coordinadora de primer nivel de atención de la Clínica Carlos Durán, CCSS, 18 de noviembre de 2007.

Entrevistas sobre los programas de Medicina de Empresa y Medicina Mixta

Octavio Mora, Departamento de Información Estadística, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, CCSS, 9 de octubre de 2007.

José Miguel Rojas Hidalgo, director de la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, Mario Mora y Octavio Mora, funcionarios de la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, CCSS, 11 de octubre de 2007.

Karen Ortiz Aparicio, Gerente de Servisalud, 2 de noviembre de 2007.

Entrevista sobre la Atención integral de los neonatos en riesgo

Zuleica Zambrano, Programa de reducción de morbi-mortalidad del neonato egresado, Clínica de Desarrollo Integral del niño Egresado y su Familia (CLINIDEF) del Hospital Calderón Guardia, CCSS, 26 de octubre de 2007.

Margarita Arata, Consulta de Neurodesarrollo, Clínica de Desarrollo Integral del niño Egresado y su Familia (CLINIDEF) del Hospital Calderón Guardia, CCSS, 26 de octubre de 2007.



Serie

CEPAL

financiamiento del desarrollo

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

202. Costa Rica: modelos alternativos del primer nivel de atención en salud, Adolfo Rodríguez Herrera, Celeste Bustelo, (LC/L.2905-P), N° de venta S.08.II.G.41 (US\$10.00), 2008.
201. La compra de servicios de salud en Costa Rica, Adolfo Rodríguez Herrera, Celeste Bustelo, (LC/L.2904-P), N° de venta S.08.II.G.40 (US\$10.00), 2008.
200. Bancarización privada en Chile, Roberto Zahler, (LC/L.2896-P), N° de venta S.08.II.G.32 (US\$10.00), 2008.
199. Un matrimonio difícil: la convivencia entre un seguro público solidario y seguros de salud competitivos, Marcelo Tokman, Cristóbal Marshall, Consuelo Espinosa, (LC/L.2851-P), N° de venta S.07.II.G.175 (US\$10.00), 2007.
198. Nuevo marco de capital para la banca: alcances a su implantación en América Latina y el Caribe, Günther Held, (LC/L.2821-P), N° de venta S.07.II.G.146 (US\$10.00), 2007.
197. Development banking in the Eastern Caribbean: the case of Saint Lucia and Grenada, Wayne Sandiford, (LC/L.2471-P), Sales N° E.07.II.G.77 (US\$10.00), 2007.
196. New directions for development banking in the caribbean: financing to take advantage of unlimited supplies of labour skills and entrepreneurship, Vanus James, (LC/L.2735-P), Sales N° E.07.II.G.73 (US\$10.00), 2007.
195. BancoEstado Microcréditos, lecciones de un modelo exitoso, Christian Larraín, (LC/L.2734-P), N° de venta S.07.II.G.72 (US\$10.00), 2007.
194. Desafíos de la banca de desarrollo en el siglo XXI. El caso de Honduras, Walter Mejía, (LC/L.2733-P), N° de venta S.07.II.G.71 (US\$10.00), 2007.
193. A new approach to development banking in Jamaica, Keith R. Collister, (LC/L.2732-P), Sales N° E.07.II.G.70 (US\$10.00), 2007.
192. The dynamics of specialist development banking: the case of the agriculture development bank of Trinidad and Tobago, Anthony Birchwood, (LC/L.2731-P), Sales N° E.07.II.G.69 (US\$10.00), 2007.
191. Perspectivas del fondo latinoamericano de reservas, Miguel Urrutia Montoya, (LC/L.2730-P), N° de venta S.07.II.G.68 (US\$10.00), 2007.
190. La banca de desarrollo en México, Miguel Luis Anaya Mora, (LC/L.2729-P), N° de venta S.07.II.G.67 (US\$10.00), 2007.
189. Estudio sobre las buenas prácticas de las IFIS en función a la normativa de suficiencia patrimonial de Basilea I, Roberto Keil, (LC/L. 2720-P), N° de venta S.07.II.G.61 (US\$10.00), 2007.
188. Access to credit in Argentina, Ricardo N. Bebczuk, (LC/L. 2703-P), Sales N° E.07.II.G.52 (US\$10.00), 2007.
187. Análisis de la evolución y perspectivas de la banca de desarrollo en Chile, Ricardo Pulgar Parada, (LC/L.2631-P), N° de venta S.06.II.G.156 (US\$10.00), 2006.
186. Insurance underwriter or financial development fund: what role for reserve pooling in Latin America?, Barry Eichengreen, (LC/L.2621-P), Sales Number S.06.II.G.145 (US\$10.00), 2006.
185. Análisis de situación y estado de los sistemas de salud de países del Caribe, James Cercone, (LC/L.2620-P) N° de venta: S.06.II.G.144 (US\$15.00), 2006.
184. Pensiones para todos: análisis de alternativas para extender la cobertura del sistema chileno de previsión social, Eduardo Fajnzylber, retirada.
183. Sistemas contributivos, densidad de cotizaciones y cobertura de pensiones, Eduardo Fajnzylber, retirada.
182. Risk-Adjusted Poverty in Argentina: measurement and determinants, Guillermo Cruces and Quentin Wodon, (LC/L.2589-P), Sales Number E.06.II.G.118 (US\$10.00), 2006.
181. Fertility and female labor supply in Latin America: new causal evidence, Guillermo Cruces and Sebastian Galiani, (LC/L.2587-P) Sales N° E.06.II.G.117 (US\$10.00), 2006.
180. El acceso a la jubilación o pensión en Uruguay: ¿cuántos y quiénes lo lograrían?, Marisa Bucheli, Natalia Ferreira-Coimbra, Álvaro Corteza, Ianina Rossi, (LC/L.2563-P), N° de venta S.06.II.G.91 (US\$10.00), 2006.
179. Public policy for pensions, health and sickness insurance. Potential lessons from Sweden for Latin America, Edward Palmer, (LC/L.2562-P), Sales Number E.06.II.G.90 (US\$10.00), 2006.

178. Social Security in the English-speaking Caribbean, Oliver Paddison, (LC/L.2561-P), Sales Number E.06.II.G.89 (US\$10.00), 2006.
177. Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica, Ricardo Bitrán, (LC/L.2554-P), N° de venta S.06.II.G.81 (US\$10.00), 2006.
176. Ciclo económico y programas de compensación social: el caso del sistema Chile Solidario, Américo Ibarra Lara y Gonzalo Martner Fanta, (LC/L.2553-P), N° de venta: S.06.II.G.80 (US\$10.00), 2006.
175. La reforma de salud en Nicaragua, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2552-P). N° de ventas S.06.II.G.79 (US\$10.00), 2006.
174. La reforma de salud en Honduras, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2541-P). N° de ventas S.06.II.G.69 (US\$10.00), 2006.
173. La reforma de salud en Costa Rica, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2540-P) N° de venta: S.06.II.G.68 (US\$10.00), 2006.
172. Protección social efectiva, calidad de la cobertura, equidad y efectos distributivos del sistema de pensiones en Chile, Alberto Arenas de Mesa, María Claudia Llanes y Fidel Miranda, (LC/L.2555-P). N° de venta S.06.II.G.83 (US\$10.00), 2006.
171. Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2524-P). N° de venta S.06.II.G.51 (US\$10.00), 2006.
170. Inserción laboral, mercados de trabajo y protección social, Víctor Tokman, (LC/L.2507-P). N° de venta S.06.II.G.39 (US\$10.00), 2006.
169. Relación de dependencia del trabajo formal y brechas de protección social en América Latina y el Caribe, Andras Uthoff, Cecilia Vera y Nora Ruedi, (LC/L.2497-P). N° de venta S.06.II.G.29 (US\$10.00), 2006.
168. Inclusion of the European "Nordic Model" in the debate concerning reform of social protection: the long-term development of nordic welfare systems 1890-2005 and their transferability to Latin America of the 21st century, Eero Carroll and Joakim Palme, (LC/L.2493-P). Sales Number: E.06.II.G.24 (US\$10.00), 2006.
167. Non-contributory pensions: Bolivia and Antigua in an international context, Larry Willmore, (LC/L.2481-P). Sales Number: E.06.II.G.12 (US\$10.00), 2006.
166. La protección frente al desempleo en América Latina, Mario D. Velásquez Pinto, (LC/L.2470-P). N° de venta S.05.II.G.217 (US\$10.00), 2005.
165. Ejemplos de uso de tecnologías de información y comunicación en programas de protección social en América Latina y el Caribe, Alvaro Vásquez V., (LC/L.2427-P). N° de venta S.05.II.G.174 (US\$10.00), 2005.
164. Regional exchange rate arrangements: the european experience, Charles Wyplosz, retirada.
163. Regional development banks: a comparative perspective, Francisco Sagasti and Fernando Prada, retirada.
162. Reforming the global financial architecture: the potential of regional institutions, Roy Culpeper, retirada.
161. European financial institutions: a useful inspiration for developing countries?, Stephany Griffith-Jones, Alfred Steinherr, Ana Teresa Fuzzo de Lima, retirada.
160. The Arab experience, Georges Corm, retirada.
159. An analysis of the experiences of financial and monetary cooperation in Africa, Ernest Aryeetey, retirada.
158. Asian bond market development: rationale and strategy, Yung Chul Park, Jae Ha Park, Julia Leung, Kanit Sangsubhan, retirada.
157. La banca de desarrollo en América Latina y el Caribe, Romy Calderón Alcas, (LC/L.2330-P) N° de venta: S.05.II.G.81 (US\$10.00), 2005.
156. Regional financial integration in east Asia: challenges and prospect, Yung Chul Park, retirada.
155. A experiência brasileira com instituições financeiras de desenvolvimento, Carlos Eduardo de Freitas, (LC/L.2328-P), N° de venta P.04.II.G.115 (US\$10.00), 2005.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@cepal.org.

Nombre:

Actividad:

Dirección:

Código postal, ciudad, país:

Tel.: Fax: E.mail: